ACTIVE

REPORT

What we think. What we know. What we do.

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON FITNESS, NUTRITION AND SAFETY

Canada

Published by authority of the Minister of National
Health and Welfare, 1989

Aussi disponible en français sous le titre
«Action Santé : forme physique, alimentation et sécurité»

© Minister of Supply and Services Canada 1989
Catalogue number H39-144/1989E
ISBN 0-662-16851-8

Nutrition photographs courtesy of Agriculture Canada

90-06432/

ACTIVE

REPORT

What we think. What we know. What we do.

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON FITNESS, NUTRITION AND SAFETY

CONTENTS

Introduction 3

Chapter **1**

The Prevalence of Positive Health Habits 5

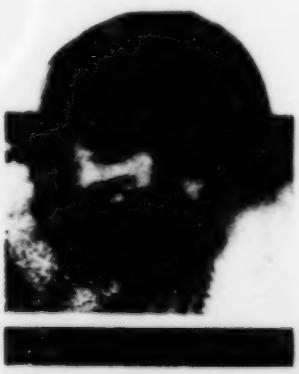
Chapter **2**

Self-rated Health 14

Chapter **3**

Striving for Health 21

Afterword 27



INTRODUCTION

The Active Health Report on Fitness, Nutrition and Safety is one of two reports on issues in prevention based on Canada's Health Promotion Survey. Its partner is the ***Active Health Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana***.

Like their predecessor, the ***Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey***, both of these reports closely reflect ideas contained in ***Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion***. "Increasing prevention" is one of the three main challenges for health promotion outlined in the Framework. As in more traditional health promotion, a key to increasing prevention in the Framework is changing individual behaviour. However, ***Achieving Health for All*** departs from earlier health promotion approaches in that it urges us to look beyond individually directed preventive strategies to those directed towards the environmental and social context of behaviour. It turns our attention from persuading to ***enabling***.

Both reports take as their starting point some of the central issues raised by the ***Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey***. The latter focused on how Canadians rate their own health; on how self-rated health was related to health knowledge, attitudes and beliefs; and how it related to economic status and to the individual's immediate social environment. What do Canadians mean by "health," the Report asked. How do Canadians generally rate their own health status? How do they rate their own efforts to maintain and improve their health? What are the changes they'd like to make? What are the barriers to health that people encounter?

Three conclusions from the ***Active Health Report*** are of particular importance here. The first is that, by and large, ***most Canadians want to improve their health***. Even many of those Canadians who rate their current health as very good or excellent cited ways in which their health could be improved. In total, 68% of all respondents said that there is something they should be doing to improve their health.

Second, the ***Active Health Report*** found that not only do people want to improve their health, but ***they also feel that they are actively striving to do so***. Sixty-four percent of all respondents said that they make more of an effort than other people their age to improve their health. What's more, this self-perception is often backed up by action: 68% of those who said they made more of an effort had actually done something to improve their health in the previous year.

Finally, the ***Active Health Report*** found that when people persist in poor health habits or fail to adopt positive health practices, ***it is not because they do not know better, have a poor attitude, or are unaware of the consequences***. Most people who persist in poor habits do so despite awareness of the health consequences and despite aspirations for change.

As the ***Active Health Report*** says: "This portrait of Canadians, the majority of whom feel that they are making an effort to enhance . . . their health, is not consistent with much of the early thinking in health promotion . . . "

It goes on: "Canada's Health Promotion Survey demonstrates clearly that . . . most Canadians claim to be concerned about health and motivated to act."

The task for health professionals is, therefore, not simply to educate Canadians and make them aware of health issues, nor just to motivate them to adopt healthier practices. While education and motivation remain important aspects of health promotion, we must now look beyond them and try to find ways of helping people to overcome the social and institutional barriers that keep them from living more healthy lives. Or, to put it another way: ***How can we enable Canadians to achieve their health aspirations?***

***Canada's Health Promotion Survey was a telephone survey** undertaken by the Health Promotion Directorate of Health and Welfare Canada and conducted on its behalf by Statistics Canada in June 1985. The survey used random digit dialing technology to contact households across Canada. The response rate was over 80%. Over 11 000 adult Canadians aged 15 and over were asked 109 questions covering 250 items of information, creating a massive database which should continue to generate useful insights for many years to come.*

Despite its size and range, the survey had significant limitations which readers of this report should bear in mind. First, it was a survey of the non-institutionalized population only. It excludes those in hospitals and in chronic care homes. Second, although it was very broad, it could not possibly have included questions on every health topic. Certain very important topics, such as dental health and sexuality, to take just two examples, were excluded. Finally, because it was a telephone survey, it excluded the 3% of Canadians who do not have telephones. While this does not greatly bias the aggregate picture, it is significant given the relationship between health and economics that the Active Health Reports document.

This question more than any other underlies these two reports on preventive issues.

In this report we look at fitness, nutrition and safety. What these issues share is that in promoting them we are generally asking Canadians to *adopt* some *positive* activity for current or future benefits, or to prevent health risks. With tobacco, alcohol and marijuana, on the other hand, when encouraging prevention, we are usually asking Canadians to *give up some negative* habit, one that may be ingrained by addiction and sanctioned by custom. The distinction, of course, is a loose one. And while from a medical point of view it might not be all that pertinent, from a health promotion point of view it is useful because individual behavioural change is still one foundation of increased prevention.

The *Report on Fitness, Nutrition and Safety* is divided into three chapters.

In Chapter 1, entitled "The Prevalence of Positive Habits," we look at the frequency of self-reported preventive practices in five areas: physical activity, breakfast eating, weight control, seatbelt use, and drinking and driving. The survey finds that in all areas positive habits are now the social norm in Canada.

In Chapter 2, "Self-rated Health," we compare the self-rated health, activity limitations, stress levels and happiness of those who report positive preventive practices and those who do not. We find that, generally speaking, people see the health value of these practices and rate their health better if they engage in them.

In Chapter 3, "Striving for Health," we turn from the way respondents view their own health to the way in which they view their own efforts to enhance their health and their intentions for future change. We find that although the majority of Canadians feel they are making considerable efforts to maintain and improve their health, and do in fact connect their efforts with their health, many nevertheless encounter barriers to healthful change.

The value of these findings is twofold. First, they tend to confirm in various ways the approach to increasing prevention suggested by *Achieving Health for All*. We find on the one hand that healthful behaviour – as indicated by nutrition, exercise, and safety practices – has become the social norm in Canada. At the same time, despite this encouraging progress, we find that a very considerable minority of Canadians still have poor health practices. The latter suggests that individually directed initiatives for increasing prevention have reached a kind of practical limit – that those people we still need to reach may be encountering significant social and environmental barriers to change. The former suggest that the strategies based upon mutual aid, environmental change, and a broad social approach to increasing prevention are more possible now than ever before.

Second, the findings presented here help us to understand better the process of enabling – that is, to understand what it will take to initiate new ways of increasing prevention. Enabling means helping individuals and communities to understand the relevance of various activities for health; it means helping individuals and communities to select appropriate priorities for change; it means equipping people and communities with the skills and resources they need to overcome barriers to improvement; and it means creating supportive environments wherein healthy choices are easy choices.

These ideas, of course, are not new to this report. Like all reports in the *Active Health* series, our purpose here is simply to use the data of Canada's Health Promotion Survey to gain some practical, concrete insight into different concepts in health promotion – to advance discussion and debate. The particular value of this report is that it helps to give practical expression to the notion of "increasing prevention" as presented in *Achieving Health for All*. ■

1 THE PREVALENCE OF POSITIVE HABITS

In this chapter we use a few select findings from Canada's Health Promotion Survey to build a general picture of the habits of Canadians with respect to fitness, nutrition and safety. Overall, we find that the majority of Canadians report positive habits – that is, that healthful behaviour with respect to fitness, nutrition and safety is now the social norm in Canada. However, we also find that despite prevailing positive practices, significant groups of Canadians still encounter barriers to healthful change.

Fitness, nutrition and road safety are important aspects of healthful behaviour. Although the exact relationship between each of these and health may be quite subtle, we know that at the extreme, the effects of conditions and practices like chronic malnutrition, sedentary behaviour, anorexia nervosa, bulimia, or impaired driving can be severe or even catastrophic. Exercise and good diet are essential for keeping the human machine functioning optimally; they play an important role in the prevention of many chronic and debilitating ailments, and help reduce the risk of early mortality. Good road safety practices help to prevent motor vehicle accidents and limit the severity of resulting injuries. According to the Canada Safety Council, motor vehicle accidents were the leading cause of accidental death in 1984, accounting for 3 973 fatalities.

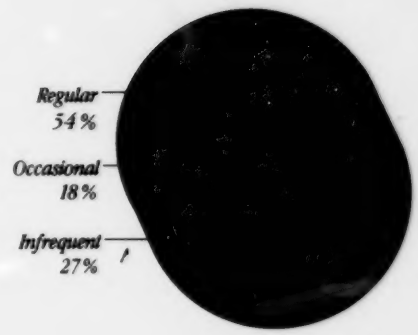
Yet, as much as for their intrinsic benefits, these practices are significant as models of healthful behaviour which have received broad acceptance. Together, they form a constellation of positive health practices that perhaps more than any others helped to spearhead current levels of health awareness among Canadians.

In the early seventies, the new health consciousness began with fitness, as Canadians took first to jogging and then to other physical activities in unprecedented numbers. Quite naturally, the rising tide in activity was accompanied by a mounting interest in diet, nutrition and healthful eating. Today, for many Canadians, regular activity and healthy eating are *the* practical meaning of healthy living – exercise and nutrition have become the benchmarks of healthy lifestyles.

In the eighties, the battle for safety on the road has often been spearheaded by ordinary Canadians. In particular, the fight against impaired driving has become one of the most popular of health causes. As reported in the *Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey*, 78% of all Canadians feel that it is a very important issue for government to deal with.

Canada's Health Promotion Survey questioned respondents widely on their habits, attitudes, knowledge and intentions associated with fitness, nutrition and safety on the road. In this chapter we look at selected data from the complete body of findings. Under fitness we look at levels of physical activity; under nutrition we look at breakfast habits, food selection and weight control; under road safety we examine drinking and driving, and seatbelt use.

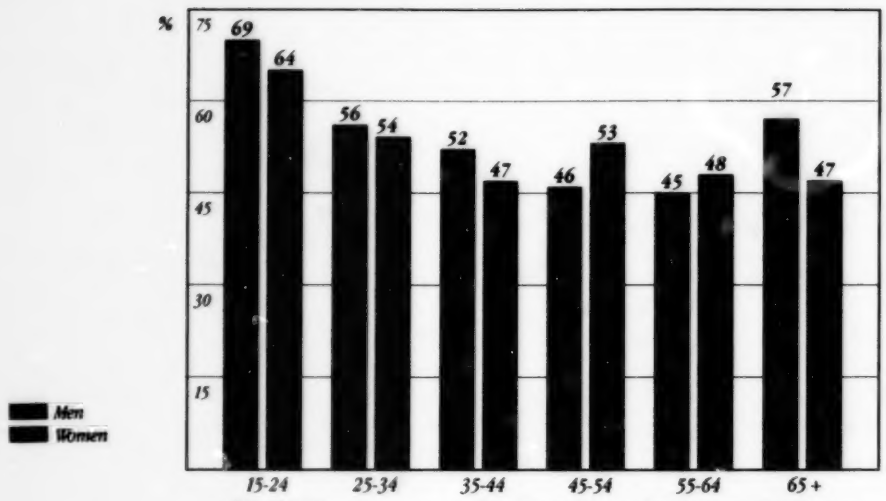
Fig. 1a* Frequency of Exercise



The majority – about 54% – of Canadian adults claimed to exercise on a regular basis.

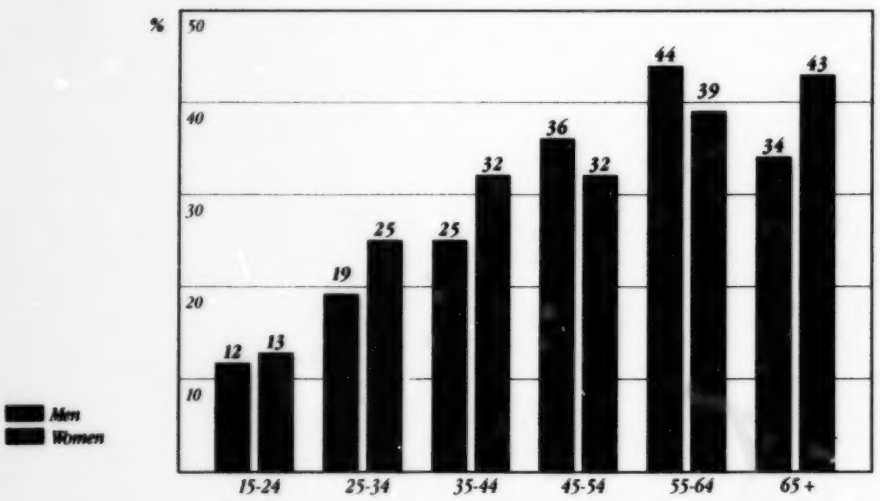
**Due to rounding off, percentages in graphs, charts and tables may not always total 100.*

Fig. 1b
Regular Activity by Age/Sex



The proportion saying they exercise three or more times per week generally diminishes with age. The exceptions are among men aged 65 and up and among women aged 45-54, whose levels of activity increased relative to the next youngest group.

Fig. 1c
Sedentary Canadians by Age/Sex



The proportion of sedentary Canadians (that is, those who exercise less than once a week) generally tends to increase with age. However, men 65 and over are often more active than their younger neighbours.

Fitness

As a measure of fitness, the survey questioned respondents on their levels of exercise. While physical activity is not the only contributor to fitness (diet, weight and whether a person smokes are also important), without regular exercise full fitness potential cannot be achieved.

The survey defined exercise as any vigorous activity such as calisthenics, jogging, racquet sports, team sports, dance classes, or brisk walking. It established three categories for frequency of exercise: *regular* (three or more times per week), *occasional* (one or two times per week), and *infrequent* (less than once a week).

Fifty- four percent of Canadians 15 and over reported regular exercise – that is, they reported exercising three or more times per week. Another 18% were occasional exercisers, and 27% exercised infrequently. Generally, the regularity of exercise declined gradually with age, from 67% in the 15-24 age group to 47% in the 55-64 age group, the members of which reported the lowest rate. The proportion increased slightly in the 65+ age group (51%).

Overall, men were more likely than women to say that they exercise regularly, but women tended to be somewhat more active in the 45-54 and 55-64 age groups.

College and university graduates showed the highest proportion of regular exercisers (58%) and the lowest proportion of sedentary people (21%). Those who have not completed a high school education were the most likely to be sedentary (34%) and the least likely to be regular exercisers (49%).

Because they constitute a primary target group, it is useful to look as well at sedentary men and women. Among men, the proportion who were sedentary rose steadily from the 15-24 through the 55-64 age group and then declined. Among women, by way of contrast, the sedentary proportion dropped in the 45-54 and 55-64 age groups, and then rose again among

senior women. When the sedentary category grows, it tends to do so at the expense of the occasional category rather than the regular. With the exception of the youngest group, however, the sedentary consistently outnumbered occasional exercisers.

For both men and women, people with active friends or spouses also tended to be active themselves. People married to active spouses were 20% more likely to exercise regularly than those with sedentary spouses. Those who describe most or all of their friends as active are 41% more likely to exercise regularly than those with no active friends.

Nutrition

Canada's Health Promotion Survey asked respondents about three aspects of nutrition: eating breakfast, choice of foods, and maintaining a healthy weight. Although these are by no means the only aspects of nutrition that may affect health, they can provide useful insights into some of the things Canadians are doing to improve their health through better nutritional practices.

Eating Breakfast: The survey found that the vast majority of Canadians do eat breakfast regularly. For the week prior to the survey, 71% of respondents reported that they ate breakfast – that is, had something more than just tea or coffee every day; 11% skipped breakfast sometimes during the week; and 18% skipped breakfast every day.

About half of Canadians ate breads and cereals every day for breakfast, making this food group the most frequently cited category of breakfast food. Eggs and meat, the least frequently cited, were eaten daily at breakfast by 9% of Canadians. Milk products and fruits or juices were consumed daily by 43% of Canadians. People over 65 years of age were the most likely (92%) to have eaten breakfast. Those between 25 and 34 years of age were the least likely (78%).

Local Conditions

The figures given in this chapter are for Canada as a whole. But locally, in different areas of the country or within different cultural groups, there can be considerable variation. For example:

- *While 55% of all Canadians exercised three or more times per week, this is true of only 45% of those in the Northwest Territories. Fifty-one percent of the non-native population exercised three or more times per week, but only 43% of Inuit respondents and 38% of Dené respondents did so.*
- *While only 29% of all Canadians skipped breakfast one or more days per week, 54% of those in the Northwest Territories did so, including 65% of Inuit and 68% of Dené respondents.*
- *While 14% of non-native Canadian women were obese, so were 30% of Inuit women and 27% of Dené women.*

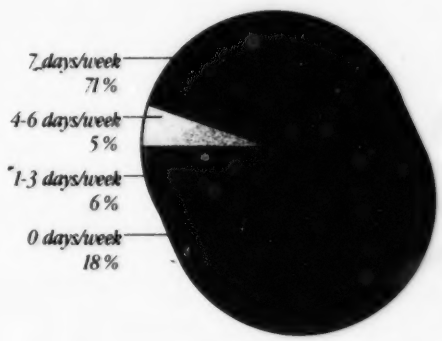
If health promotion programs are to be targeted to groups with special needs, then they must also take account of local conditions and different cultural practices and circumstances.

Food Selection: When asked, "*Are there any foods which you think you should limit, or avoid, for the sake of your health?*", 64% of Canadians said "yes". Considerably more women (70%) than men (58%) agreed with this statement. This difference is particularly significant given that in many families, women are still the major food purchasers.

In terms of age, people aged 35-44 were the most likely (68%) to agree that certain foods should be avoided for the sake of health; those over 65 were the least likely (60%) to agree. In terms of education, those with a post-secondary education were the most likely (73%) to agree; only 52% of those with elementary education or less agreed.

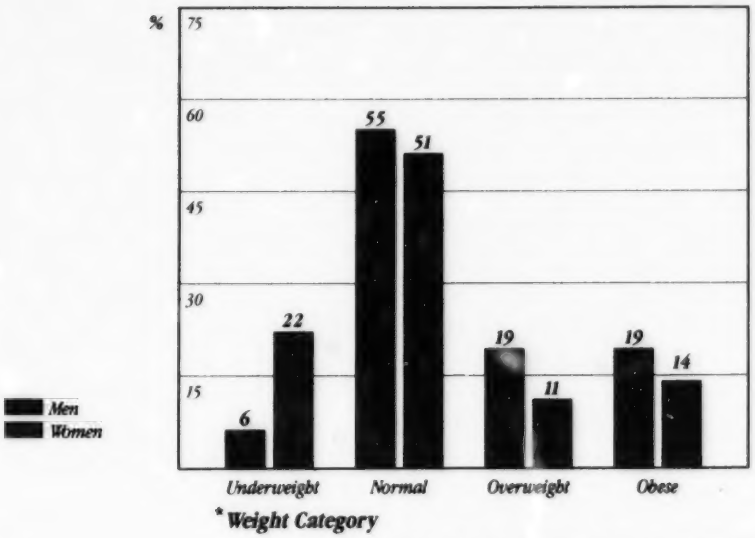
There were differences between men and women as to the *types* of food to be avoided. Whereas 30% of men overall believed that food high in cholesterol was the most important to avoid, this view was shared by 25% of women. The relationship is reversed when sugar is the foodstuff in question: 29% of women compared to only 19% of men said that foods high in sugar were the most important to avoid. Thirty-five percent of men and 34% of women believe that foods high in fat should be avoided. Only 11% of Canadians said that foods high in salt are the most important

Fig. 1d
Eating Breakfast



The graph illustrates the frequency with which adult Canadians ate breakfast. A large majority – 71% – reported consuming something more than tea or coffee every day. However, a substantial number of Canadians – 18% – consumed nothing or just tea or coffee for breakfast seven days a week.

Fig. 1e
Maintaining Healthy Weights



Just over half of both men and women were in the normal weight category. However, many more women than men reported underweight, while many more men than women reported that they were overweight or obese.

kinds of food to limit or avoid for health's sake.

Asked whether there are any foods one should eat more often for the sake of one's health, 63% of Canadians said "yes." This belief decreases with age, from a high of 74% for 15- to 24-year-olds to 39% for those 65 and over. Sixty-eight percent of those with secondary or post-secondary education felt that there were foods one should eat more often, compared to only 48% of those with elementary education or less.

Seventy-seven percent of the people who responded cited fruits and vegetables as the foods to eat more often for health.

Maintaining Healthy Weights: Based on ratios of weight to height, respondents aged 20 and older were divided into four weight categories: normal, underweight, overweight and obese*. The last three categories may involve varying degrees of health risk.

Overall, the survey found that 53% of Canadians aged 20 and older reported weights that place them in a normal weight category, 14% were underweight, 15% were overweight, and 17% were obese. (It should be noted here that self-reported weight is frequently underestimated. Thus the prevalence of overweight is somewhat lower here than in studies like the Canada Fitness Survey, which was based on actual measurements.)

There were differences in weight patterns between men and women. Overall, more men (39%) than women (26%) were overweight or obese; by way of contrast, considerably more women (22%) than men (6%) were underweight. These relationships held through all age groups. Women between the ages of 20 and 24 were the most frequently underweight (42%), and men between the ages of 45 and 54 were the most frequently obese (29%).

There was a very strong relationship between weight and education. Sixty-one percent of those with at least some post-secondary education were of normal weight compared to only 38% of those with at most an elementary education. Of this least educated group, 56% were overweight and only 6% underweight.

More than half of Canadians aged 20 and over want to change their weight; in most cases, they want to lose some. Women in particular want to lose weight: 88% of women who were overweight and 93% who were obese wished to lose weight, as compared to 67% of men who were overweight and 84% of men who were obese. Even among women who were underweight, 23% wished to lose weight, as did 70% of women whose weight was normal for their height. Men did not show the same desire to lose weight; those in the lowest weight categories often wanted to gain weight.

If Canadians could achieve their desired weight, most would be within the normal range. However, there are some important exceptions. Twenty-three percent of men and 14% of women would be overweight

* ***The Canadian Guidelines for Healthy Weights*** *now refer to the four categories as "underweight, acceptable, possibly overweight and overweight".*

if they achieved their desired weight. Ten percent of women and four percent of men would be *underweight* if they achieved their desired weight. These tendencies are most prevalent among men aged 50 to 59, 38% of whom would be overweight if they reached their desired weight, and among women aged 20 to 29, 18% of whom would be underweight if they reached their desired weight.

Safety

Safety practices affect health in many ways. The Canada Safety Council estimated that in 1984, accidents accounted for 9 037 deaths in Canada, and a great many more injuries. Although safety practices in the home and workplace and during leisure pursuits are important, in this section, we concentrate on two road-safety practices: seatbelt use and drinking and driving. Traffic accidents are by far the leading cause of accidental death and injury. Most experts agree that major reductions in traffic deaths and injuries could be achieved by encouraging more people to wear seatbelts and to refrain from drinking and driving.

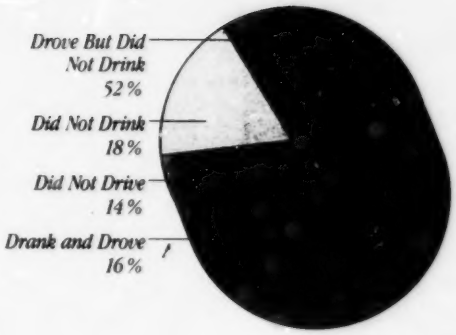
Drinking and Driving: Eighteen percent of Canadians said they do not drink alcohol, and 14% that they do not drive. When those drivers who do drink alcohol were asked, "*During the past month, how many times have you driven within two hours after drinking any amount of alcohol?*", 25% said they had driven after drinking in the past 30 days. In other words, overall, 16% of respondents reported driving after drinking in the month prior to the survey. A very small minority of respondents – 2.6% – admitted to drinking and driving on five or more occasions in the previous month, accounting for more than half of all drinking and driving trips.

Compared to 8% of women, 25% of men overall reported driving after drinking, accounting for more than 80% of all drinking-driving trips. Men in the 25-34 and 35-44 age groups, 35% of whom reported drinking and driving, were by far the most frequent drinking drivers.

By education, those with a post-secondary degree or diploma (24%) were the most likely to report driving after drinking; by income, those in the two highest income groups (26% and 24%) were the most likely to report driving after drinking.

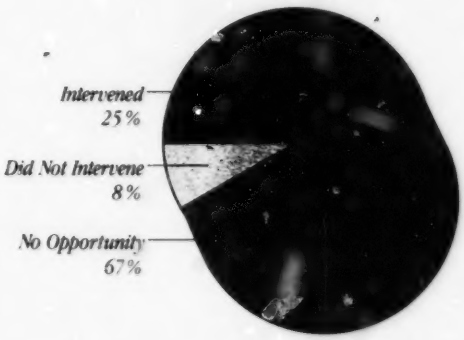
People who at least once in the previous year had been in the company of a friend who was too drunk to drive were nearly twice as likely to drive after drinking than those who had not been in the company of impaired friends.

Fig. 1f
Drinking and Driving



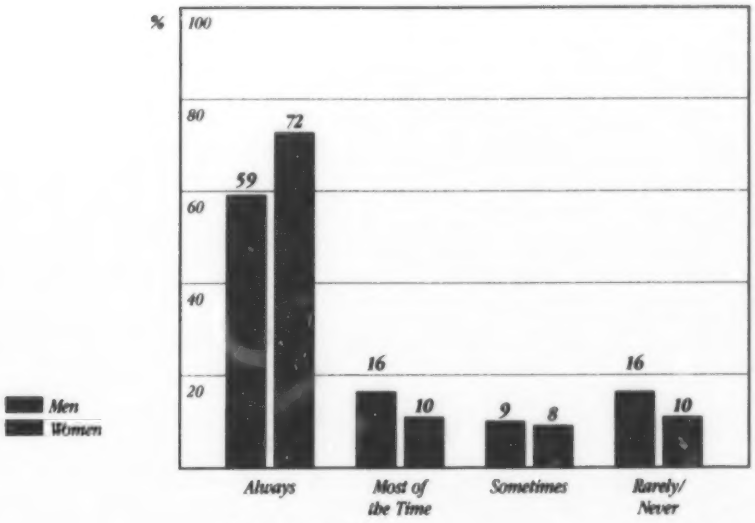
Sixteen percent of respondents had driven after drinking at least once in the previous month.

Fig. 1g
Intervention in Drinking and Driving



In the year prior to the survey, 67% of respondents had no opportunity to intervene to prevent drinking and driving; 8% had an opportunity but did not intervene; and 25% had an opportunity and did intervene. Thus, 3 out of 4 of those who had a chance to intervene did so.

Fig. 1h
Seatbelt Use



Most Canadians reported using seatbelts all the time. Women were more likely to use seatbelts than men.

Personal Intervention: Personal intervention with family or friends is one of the most effective ways of preventing impaired persons from driving. Creating a climate in which personal intervention is accepted is an important preventive strategy.

When asked "***In the past 12 months, have you been with a friend or relative who you thought had too much to drink to drive safely?***", 33% of Canadians said "yes". There were significant variations among age groups, however. Nearly half (47%) of Canadians aged 15-24 reported at least one potential impaired-driving situation in the previous 12-month period, as compared to 9% of Canadians 65 or older.

When those who reported encountering such a situation were asked, "***On the most recent occasion, did you attempt to prevent this person from driving?***", 76% answered "yes" with little variation as to sex and age.

Seatbelt Use: Asked, "***How often do you use seatbelts when you ride in a car: always, most of the time, sometimes, rarely, or never?***", 66% of Canadians responded "always", 13% "most of the time", and only 13% "rarely or never". Seatbelt use varied by both age and sex. Women (72%) were more likely to report always wearing seatbelts than men (59%). Seatbelt use rose with age, with 57% of those in the 15-24 age group reporting constant use, compared to 78% of those 65 and over. Rates also rose with increasing education and income.

Drinking drivers were less likely to report using their seatbelts than non-drinking drivers.

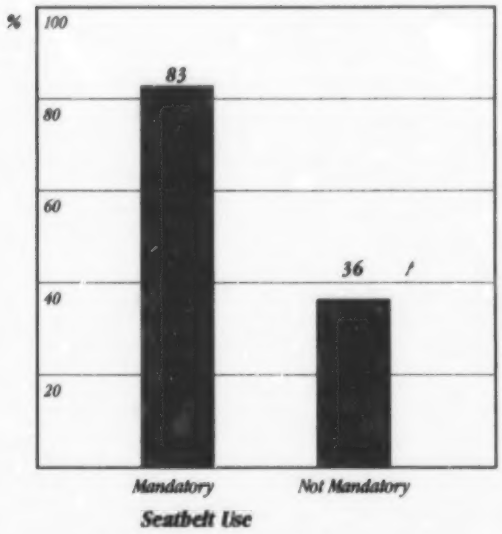
The rates of seatbelt usage found by Canada's Health Promotion Survey are some 13% higher than those reported in the Canada Health Survey conducted six years earlier, and some 48% higher than those reported in a recent survey in the United States.

Seatbelt legislation seems to be one important reason for the higher rates

found by the Health Promotion Survey. Of the eight jurisdictions that had seatbelt legislation at the time of the survey, 83% of respondents reported always or almost always using their seatbelts, compared to only 36% of respondents in the jurisdictions without seatbelt laws.

Asked if they insist, when driving, that child passengers be secured either by seatbelts or car seats, 84% of Canadians answered "always". The driver's own habits tended to influence behaviour here: 94% of those who always use seatbelts said that they always insist that children use them as well, compared to only 62% of those who rarely or never use seatbelts. ■

Fig. 1i
Seatbelt Use



In the eight jurisdictions where seatbelt use was mandatory, the survey found that 83% of respondents used seatbelts always or almost always. In jurisdictions where seatbelt use was not mandatory, the rate was only 36%.

ISSUES AND CHALLENGES

"Increasing prevention" is one of the three main challenges for health promotion posed by *Achieving Health for All – A Framework for Health Promotion*. To a large extent, increasing prevention involves enhancing personal preventive practices – we increase prevention by getting people to give up behaviour which may be injurious to health and to adopt behaviour which will improve their health. The question is: What must we, as health professionals, do to *enable* Canadians to make these changes? How can we eliminate the barriers to change? How do we make healthy choices easy choices?

Canada's Health Promotion Survey found that, overall, a majority of Canadians say they exercise regularly, eat breakfast, maintain a healthy weight, do not drink and drive, and always use seatbelts. Thus, for each of the preventive practices covered in this report, positive, healthy habits are now the norm among Canadian adults. This is a fact of considerable importance when we are looking at the ways in which we can enable Canadians to maintain and improve their health.

On the one hand, it necessitates a strategic shift in program objectives for dealing with the majority behaviour. Fifteen or twenty years ago, people simply did not understand the way they do today the value of fitness, nutrition and road safety for their health. The task then was simply to sell Canadians on the importance of these practices and to urge them to take the first faltering steps towards personal change.

Moreover, this was to be done in a climate that, if not hostile, was certainly not supportive of such change. Early joggers, for example, were often made fun of on the streets; those interested in good nutrition were labeled "health nuts"; in the early days, it was not really considered manly to use a seatbelt.

Today, these practices seem to have reached that critical mass of popular acceptance where purely motivational and inspirational programs may no longer be required for the *majority*. The task now is to help people maintain current level of practices, to refine their practices to better meet personal goals, and to integrate practices into healthy networks of behaviour.

Fortunately, with broad popular acceptance of these positive health practices, a kind of social consensus has been achieved which puts powerful new resources at the disposal of policy makers and program creators. (As the *Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey* points out, even those with poor health habits tend to recognize the value of healthful behaviour.) Twenty years ago, fitness, nutrition and road safety had to be promoted as matters of personal lifestyle because few other tools were available. Today, with a consensus emerging, there are new opportunities for programs based upon mutual aid, community support and the coordination of a broad range of institutions. We no longer need to ask people to go it alone.

That's for the majority. However, at the same time as the majority has positive preventive practices, a very significant minority does not: 46% of Canadian adults exercise only occasionally or are sedentary; 29% skip breakfast one or more days a week; 46% are underweight, overweight, or obese; 16% drink and drive; 13% rarely or never use seatbelts. Moreover, for each of these practices, we have been able to identify particular groups whose behaviour lags behind the norm.

What can we do now to help these individuals change their behaviour? Past approaches – education and motivation – have worked for some, but they may not work for these groups.

Do these Canadians have the same *opportunities* to make healthy choices as others? If they do not, then positive knowledge, attitudes, beliefs and intentions may not be enough to help them change. The very fact that they persist in health-risk behaviour despite the mounting social pressure to do otherwise perhaps indicates that they are encountering very real, and sometimes very subtle, barriers to healthful change. For example: we found that women, especially senior women, tended to get less exercise than did men. Is this just because they are not interested, or do they simply lack the right opportunities? If we note that sedentary people tend to have sedentary friends as well, it increasingly seems that we may be looking at groups defined by restricted opportunities. If this is true, then the task for health promotion involves changing the underlying "opportunity structure" for exercise for senior women – perhaps by increasing the availability of affordable exercise programs and facilities for seniors, or by improving the fitness background of those already involved in seniors' care – not simply by exhorting them to exercise more.

The same may be true for the general decline in exercise levels among middle-aged groups, both men and women. Is this due to simple disinclination, or is it, as seems more likely, because of competing demands on time and attention from home and career exacerbated by limited opportunities for exercise in the workplace? If the latter is true, then health promotion needs to address these reduced opportunities. Perhaps for many middle-aged Canadians, time-management skills are more important for increasing exercise than more fitness information.

The same kind of opportunity pattern emerges when one looks at food choices. Women appear to have a much greater interest in healthful food choices than do men. To a large degree, this is likely attributable to the traditional role of women as housewives and family cooks, reinforced by an emphasis on women in nutrition programming. This emphasis, however, may be a barrier to better food choices for many men. As times change and more and more men move into non-traditional roles, it may be important to place more emphasis on men in nutrition programs.

The influence of cultural and social determinants on health-related behaviour is illustrated most poignantly in relation to healthy weights. If they could achieve their *desired* weight, 18% of women aged 20 to 29 would be underweight, and 38% of men aged 50 to 59 would be unhealthily overweight. It is evident that many factors other than health influence individuals' perceptions of appropriate weights. Will simply exhorting people to change alter these perceptions, or must we first alter some deeply ingrained cultural perceptions about body shape and self-image? The latter seems more likely.

Finally, we find that with the exception of drinking and driving, people with limited education had by far the poorest health habits. This is a remarkable finding in light of the fact that many past health promotion efforts had a pronounced educational focus. It raises many important questions. Can educational programs work for people who, for whatever reason, have relied on life skills other than those supplied by education? Might a continuing emphasis on education exacerbate existing inequities in health promotion and actually expand the gap in health between the well-educated and the poorly educated? If so, how *can* these people be reached and their barriers to better health be overcome? ■

SELF-RATED HEALTH

***In this chapter, we examine some** of the ways in which three positive health practices – exercise, good eating habits and safety – relate to the ways in which Canadians rate their health. By relating self-rated health to behaviour, we discover how some people implicitly define health.*

We find, not surprisingly, that regular exercise and good eating are much more strongly related to self-rated health than are road safety practices. This raises questions about how well safety concerns have been presented as health issues. We also find that many who do not engage in these practices still rate their health as very good or excellent.

Throughout the Active Health series of reports, the aim has been to paint a picture of health as Canadians themselves see it and live it. The survey asked Canadians how they rate their own health and about health-related activity limitations, stress and happiness. By correlating these self-ratings of health with reported individual health practices, we can begin to piece together a picture of the various ways in which Canadians understand health in a practical, day-to-day way – whether they see health simply as the absence of health problems, or whether they in some sense view health as involving a much broader range of life circumstances. This insight, in turn, is very useful in helping us to understand ways in which health promotion can become more effective.

Interestingly, the data on self-rated health do not always dovetail with other information. In the *Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey*, for example, we saw that many Canadians rated their health as very good or excellent despite activity limitations or other known health problems. In the *Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana*, we found that many people with high-risk health behaviours nevertheless rate their health as very good or excellent.

In this chapter, we look at self-rated health in the context of fitness, nutrition and road safety. Here, at least, the results are less discrepant than they have been in other reports. Not surprisingly, perhaps, we find that those people who exercise regularly and who have good eating habits tend to rate their health better than those who do not; road safety habits, we find, are not nearly so strongly related to the ways in which people see their health. But even though these results are very much as we might expect, there are some interesting clues here as to how health might be promoted to Canadians more effectively.

Self-rated Health

Respondents to the survey were asked: "In general, compared to other persons your age, would you say your health is excellent, very good, good, fair or poor?"

For health-enhancing practices which might be expected to have short-term influence on well-being, there was a small but clear-cut effect on self-rated health. Not only were those with positive practices more likely to rate their health as very good or excellent, but they were less likely to rate it as fair or poor.

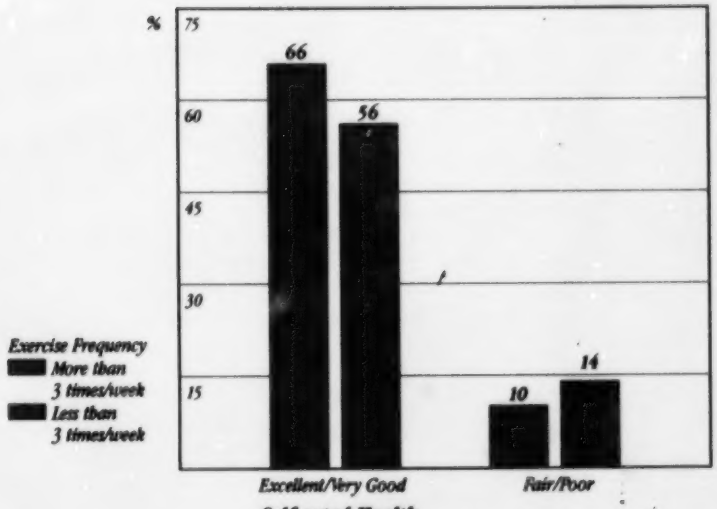
- **Exercise:** Of those who exercised regularly, 66% rated their health as excellent or very good for their age, and only 10% rated their health as poor. Of those who exercised less frequently, 56% rated their health as excellent or very good, and 14% rated their health as fair or poor.
- **Breakfast:** Among daily breakfast eaters, 62% rated their health as excellent or very good, and 12% rated it as fair or poor. Among those who skipped breakfast at least sometimes, 58% rated their health as very good or excellent and 13% rated it as fair or poor.
- **Weight Control:** Of those who maintained an acceptable, healthy

weight, 64% rated their health as very good or excellent and 10% rated it as fair or poor. Of the underweight, 62% rated their health as very good or excellent, and 15% rated it as only fair or poor. Among the overweight and obese, 54% rated their health as very good or excellent, and 16% rated it as fair or poor.

Since road safety does not immediately enhance health in any way but is strictly a risk-avoidance practice, it is not surprising that it is not related as strongly to any clear trend in self-rated health.

- **Seatbelt Use:** Sixty-two percent of those who always use seatbelts rated their health as very good or excellent, as did 60% of those who use seatbelts less frequently. Twelve percent of the former and 14% of the latter rated their health as fair or poor.
- **Drinking and Driving:** Here, there is a contrary trend. Fully 70% of those who reported drinking and driving said their health is very good or excellent for their age, compared to 64% of those who did not drink and drive. Five percent of the former and 11% of the latter rated their health as fair or poor. To a certain extent, these results may be due to the younger age of those who reported drinking and driving.

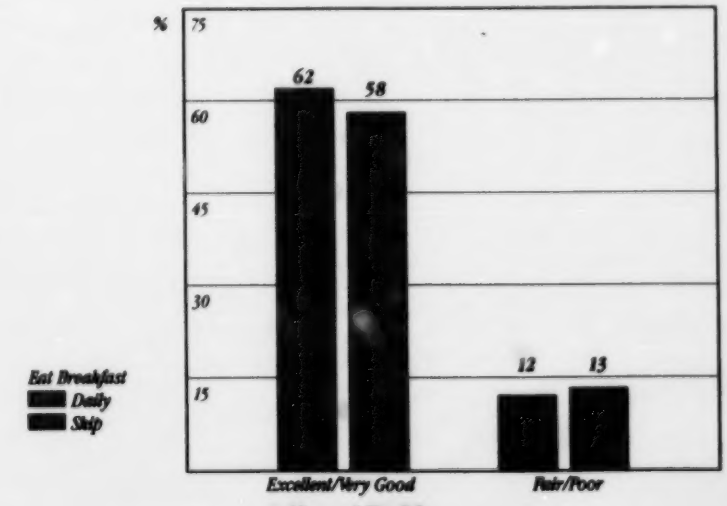
Fig. 2a
Exercise and Self-rated Health



Self-rated Health

Respondents who reported that they exercised three or more times per week were somewhat more likely to rate their health as very good or excellent than those who exercised less often. Still, a clear majority – 56% – of the latter group considered their health to be very good or excellent despite limited physical activity.

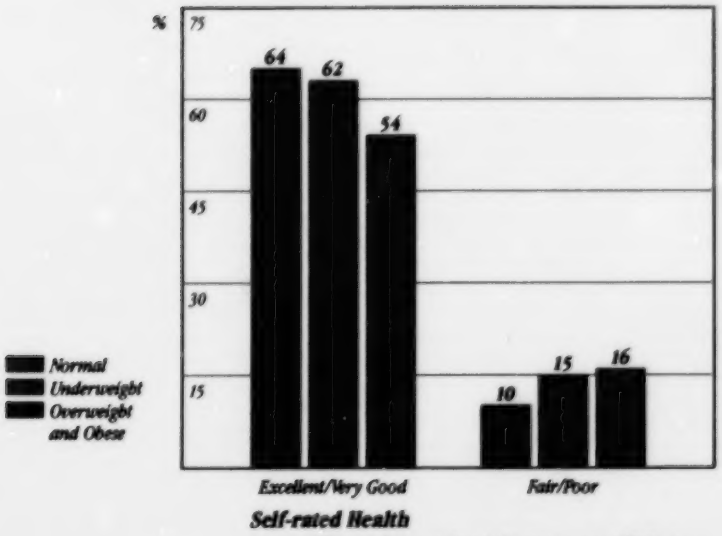
Fig. 2b
Breakfast and Self-rated Health



Self-rated Health

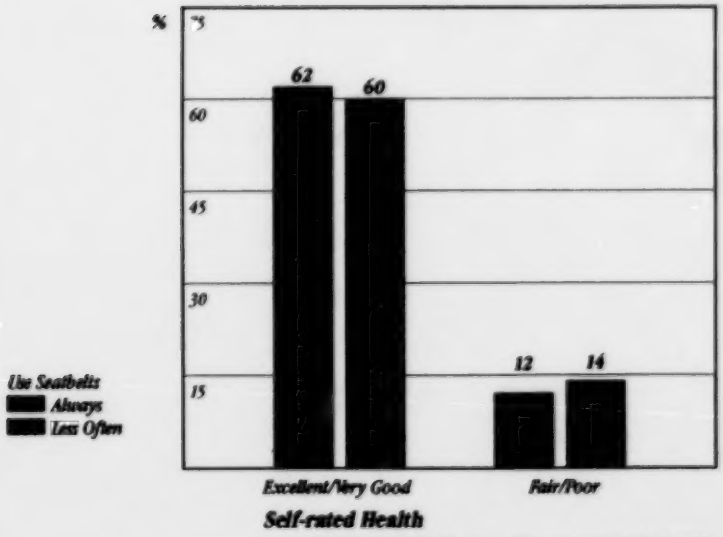
Those who reported that they ate breakfast daily were more likely to rate their health as very good or excellent. However, 58% of those who skipped breakfast still rated their health as very good or excellent.

Fig. 2c
Weight Control and Self-rated Health



Those of normal weight were more likely to rate their health as very good or excellent and less likely to rate their health as only fair or poor than those who were underweight or overweight. Still 54% of overweight and obese respondents and 62% of underweight respondents rated their health as very good or excellent.

Fig. 2d
Seatbelt Use and Self-rated Health



Regular seatbelt users did not rate their health very differently from other respondents.

Activity Limitations

Activity limitations may be related to health practices in two ways. First, positive health practices may help mitigate or prevent certain activity limitations; poor health practices may be the cause of some activity limitations. Second, health-related activity limitations may themselves function as a barrier which prevents people from improving their health. Activity limitations may also help to make individuals more aware of the importance of healthful behaviour.

Respondents were asked: "*Are you limited in the kind or amount of activity you can do because of a long-term physical condition or health problem? By long-term I mean a condition that has lasted or is expected to last more than six months.*" The survey found no clear relationship either way between exercise, nutritional habits and road safety, and the presence or absence of activity limitations.

Looking first at activity limitations as a function of activity:

- Thirteen percent of regular exercisers reported activity limitations, compared to 19% of those who exercise less often. In part, this may be because those with a chronic limitation are less likely to exercise.
- Breakfast eaters were actually *more* likely to report activity limitations (17%) than those who sometimes skipped breakfast (13%).
- Of all the groups in this report, those who were underweight reported the highest level of activity limitation, at 21%. This may be due to underweight associated with chronic illness. Nineteen percent of the overweight and obese and only 11% of those of normal weight for their height reported activity limitations.
- Seventeen percent of those who always use seatbelts and 14% of those who sometimes do not use seatbelts reported activity limitations.

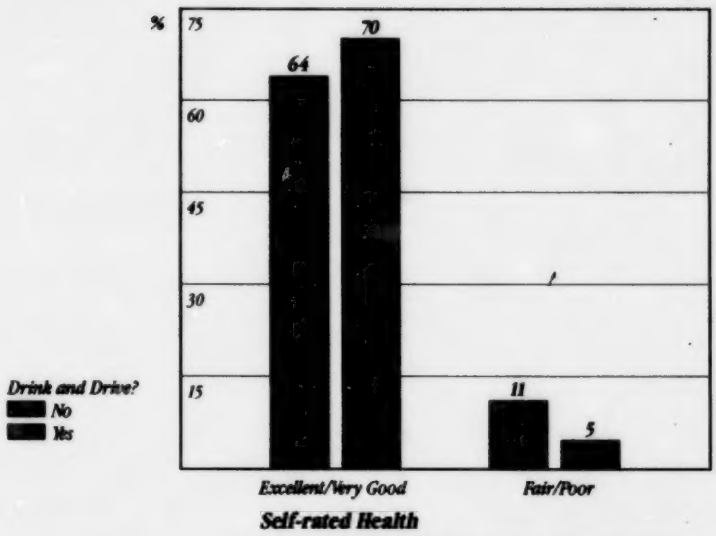
- Eleven percent of those who drink and drive and 14% of those who do not drink and drive reported activity limitations.

A number of different factors may account for these apparently discrepant results. First, it must be acknowledged that people who exercise regularly, skip breakfast, drink and drive and do not use seatbelts are younger adults, and will likely report fewer activity limitations on the basis of age alone. Second, the risks incurred by many of these activities may take years before they manifest themselves in activity limitations. Third, people may change their behaviour as a result of an activity limitation. For example: a sports-related injury may cause a person to limit exercise; a traffic-related injury could cause a person to adopt better road safety practices.

Turning the relationship around and looking at activity as a function of activity limitations, we find two different tendencies:

- Fifty-five percent of those without activity limitations compared to 44% of those with activity limitations exercised regularly. In this case, it seems – not surprisingly – that activity limitations were a barrier to improving health through exercise for some people.
- However, with respect to nutrition and road safety, those *with* activity limitations sometimes showed better attitudes and practices. Sixty-seven percent of those with limitations felt that there are foods that they ought to limit for the sake of health, compared to 63% of those without activity limitations; 70% of those with activity limitations always wore seatbelts, compared to 65% of those without limitations. Perhaps in cases where a limitation does not function as a physical barrier to improved health, the presence of a limitation has made people more aware of positive health practices.

Fig. 2e
Impaired Driving and Self-rated Health



Drinking drivers tended to rate their health better than those who did not drink and drive.

Stress

Insofar as it is an indicator of a person's ability to meet the demands of his or her environment, stress is a rough measure of coping. By looking at self-reported stress in relation to levels of activity, we can see if positive health practices do in fact help people to cope with the demands of daily living.

It is important, however, not to take this formula too simplistically. Stress and health practices may be reciprocally related. While positive practices may help people to deal with stress, it may be stressful life circumstances that prevent people from adopting positive practices.

Survey respondents were asked whether they would rate their lives as very stressful, fairly stressful, not very stressful, or not at all stressful. Some interesting points of contrast stand out from the results.

- Among those who ate breakfast daily, 46% said that life is very or fairly stressful and 54% said that life is not very or not at all stressful. Among those who did not eat breakfast daily, however, 55% said

that life is very or fairly stressful, and 45% said that life is not very or not at all stressful. A good breakfast does, perhaps, help one to cope with the stress of the coming day. Alternatively, skipping breakfast could be a *result* of stress; stressed, busy people may find no time to eat in the mornings, others may find that stressful circumstances reduce their appetite.

- Though the differences are very small, it is nevertheless interesting that the underweight (49%) were less likely to say that life is very or fairly stressful than either the overweight (50%) or those of normal weight (53%). While both excessive overweight and underweight have negative health consequences, in our culture, overweight is less *socially* acceptable and less desirable than underweight, especially for women. Perhaps this accounts for the greater stress that the overweight reported.
- Eight percent of those who exercised three or more times per week reported that life is very stressful, compared to 10% of those who exercised less frequently. Given that exercise is touted as a reliever of stress, this difference seems small. It may be that, for some people, the stress of maintaining a rigorous (or perhaps too rigorous) fitness routine detracts from the benefits of exercise.

Happiness

Like stress, happiness can be an indicator of health and of a person's ability to cope with environmental demands. It also may be reciprocally related to health practices. While positive practices may result in increased happiness, it may be unhappiness itself that is a barrier to improvement.

Respondents were asked to rate their lives as very happy, pretty happy, or not very happy.

- Regular exercisers (46%) were considerably more likely to say they were very happy than those who exercised less frequently (37%). This may be due to exercise itself, or it may be because exercise is for many people a social activity – people often exercise with friends.
- Those who ate breakfast daily (44%) were more likely to say they were very happy than those who ate breakfast less often (38%).
- The overweight (40%) were somewhat *less* likely to report that they were very happy than those who were underweight or of normal weight (43% in each case). Here again, we may be seeing the results of the social stigma attached to overweight and the social acceptability of underweight. ■

ISSUES AND CHALLENGES

1) If health is seen as a resource for everyday life, then increasing prevention becomes a matter of enabling Canadians – both as individuals and as members of their communities – to take greater control over some of the factors that affect their health. The key here is understanding more clearly some of the ways in which Canadians implicitly understand health and healthful behaviour.

In the survey, exercise was more strongly related to self-rated health than any other factor. Is this indicative of its true importance? If one looks at mortality and morbidity, the traditional measures of health which have been the prior focus of much of health promotion, then probably not. But if one looks at *positive* aspects of health – happiness, socialization, reduced stress, and health as a resource for self-actualization – then it may make more sense that exercise is so strongly associated with health for so many people. Individual Canadians, it seems, do not necessarily rate their health in the same way as health professionals. Instead of rating health strictly in terms of mortality and morbidity, they tend to link it more to the *quality* of life.

This view is reinforced by the data on drinking and driving. If Canadians saw health strictly as the avoidance of mortality and morbidity, then we should expect the avoidance of impaired driving – the main point of which is to reduce risk – to be related much more strongly to self-rated health. Similarly with weight control: despite its known association with health problems, underweight is not necessarily seen as unhealthy by many Canadians. Perhaps self-perception, self-esteem and the perceived social desirability of certain weights is more important to many people's definition of health than particular health problems.

Canadians, it seems, see health much more broadly than health professionals have tended to; they tend to see it as a resource for everyday living. If we are to help people achieve higher levels of health, then it is imperative that we discuss health with Canadians as they themselves see it.

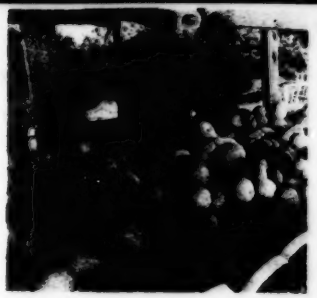
2) Canada's Health Promotion Survey found that those Canadians who exercise regularly and have good eating habits tended to rate their health better than those who do not. By way of contrast, there were no differences in self-rated health between those with good road-safety practices and those with poor road-safety practices. Nor did the *Active Health Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana* find that there were significant differences in self-rated health between users and non-users of these substances.

To a certain extent, these results are much as might be expected. Regular physical activity and good nutritional habits are health enhancers – that is, practices which may result in relatively short-term improvements in physical and mental well-being. Road safety, on the other hand, is purely a question of risk avoidance; other than a possible sense of improved security, it gives the practitioner no immediate benefit. And while avoiding abuse of tobacco, alcohol and marijuana may prevent some short-term health problems – for example, smoker's cough, hangovers, disrupted sleep – it also is aimed predominantly at preventing future problems.

This mix of benefits conferred by different types of preventive activities gives us clues to the different sorts of mechanisms that can be used to promote healthful behaviour. In a very real way, preventive practices that deliver short-term health benefits are self-reinforcing – people who work out and eat well feel noticeably better; feeling better keeps them working out and eating well. These are preventive practices that can perhaps be most easily promoted on their intrinsic health value. While there will always be a need for the marshaling of community resources for fitness and nutrition, the promotion of mutual aid and the special targeting of programs to hard-to-reach groups, the bottom-line appeal of fitness and nutrition will likely always be to individual health and lifestyle enhancement.

Not so with safety on the road. Using seatbelts and avoiding drinking and driving do not confer short-term health enhancement and do not make people feel healthier. Thus, they are not intrinsically self-reinforcing practices, at least not in health terms. This is partly true of practices related to substance abuse, as well. While those who give up smoking, excessive use of alcohol and marijuana use will likely feel some short-term improvement in their health, there is no such reinforcing outcome for those being urged *not to start using* tobacco, alcohol, or marijuana.

For activities where there is no immediate health benefit, it seems that a much wider range of health promotion tools are required to change behaviour. Thus we see that seatbelt use goes up substantially when it is supported by legislation. And despite many long years of trying to dissuade people from using tobacco on the basis of the consequences for health, it seems that the greatest changes in public attitudes towards tobacco in recent years have been with the emergence of tobacco use as an ethical and legislative issue – that is, with the emergence of the grassroots movement for non-smokers' rights. The case has been similar for drinking and driving. With the emergence of groups against drunk driving and with the development of programs like roadside breath checks, designed to get impaired drivers off the road, public attitudes have begun to shift. Here, it is changing social norms that



are instigating and supporting individual change.

It is a constant challenge in the development of health promotion programs to try to bring the correct mix of resources and strategies to bear on any particular problem in prevention. Again, the key to the challenge is understanding the ways in which Canadians themselves view and experience health. While health professionals define safety on the road primarily as a health issue, for example, it would be unwise to assume that all Canadians do the same. Nor is it necessarily a good idea to try to bring the public around to what is essentially a professional point of view. What is important, in this case, is that people stop drinking and driving; whether or not they do it for health reasons is largely immaterial to the outcome. In order to increase prevention across the full range of preventive practices, it will be necessary to make use of all available resources for health promotion.

3) The survey also found that a great many people who do not have regular exercise habits or who do not eat breakfast regularly nevertheless rate their health as very good or excellent. On the one hand, this should not be surprising. The health consequences of poor habits are most often long-term and may not affect currently perceived health very much. Moreover, these are just two practices out of a whole constellation of individual behaviours and circumstances which may influence health. To understand if people really are making accurate judgements of their own health, it would be necessary to look at this whole web of preventive practices, not just certain practices in isolation.

On the other hand – especially given the importance of fitness and nutrition to the healthy lifestyles movement of recent years – it is somewhat surprising to find that people who do not report regular exercise or good breakfast habits are still able to rate their health as excellent. Despite the widespread acceptance of these practices, there is apparently still a need to help people understand and evaluate the influence of these factors on their present and future health.

4) Given that levels of stress and, to a lesser degree, of happiness are often taken as general indicators of health, it is interesting to see the equivocal relationship between stress and health practices. The survey found little indication that positive habits are associated with reduced levels of stress.

Likely, this is because the relationship between behaviour and stress is complex and often reciprocal. Moreover, the relationship between stress and behaviour may be mediated by equally complex life circumstances. On the one hand, habits like regular exercise, eating breakfast and maintaining healthy weight may help directly to reduce stress. On the other, stressful life circumstances may prevent people from adopting good habits – for example, job or family pressures may keep people from regular breakfast – or they may inspire people to adopt good habits, as when people take up exercise as a way of coping with stress.

Thus, enabling people to cope with the stress in their lives will often not be a simple matter of getting them to adopt positive habits. Where stress is itself a barrier to healthful behaviour – and not simply a symptom of poor behaviour – then increasing prevention requires that we address the underlying life circumstances and social conditions that are at its source. ■

3 STRIVING FOR HEALTH

***In this chapter, we shift our focus** from the ways in which Canadians see their health to ways in which they see their own efforts to maintain and improve their health. Again, what people are doing to improve health tells us much about how they view health and, implicitly, about the various factors, resources and barriers that affect their health.*

We find that, generally, Canadians are striving to maintain and improve their health. Moreover, people's perceptions tend to reflect their habits – those who exercise regularly, who eat breakfast, who maintain a healthy weight, who do not drink and drive, and who use seatbelts are more likely than others to say that they are making an effort to maintain their health. However, we also find that people often do not choose appropriate priorities for further health improvement.

Making an Effort

Do people who exercise, maintain a healthy weight, eat breakfast, or use seatbelts see these behaviours as part of their efforts to be healthy?

Canada's Health Promotion Survey asked respondents: "*Do you agree or disagree with the following statement: Compared to most people my age, I make more of an effort to improve my health.*" Overall, 64% agreed, 31% disagreed, and 5% did not respond to this question.

There were very clear differences in responses to this question between those who reported positive fitness, nutrition and road safety habits, and those who did not. In each case, those with positive habits agreed that they made more of an effort. For each practice, the percentage agreeing exceeded the overall average.

- Seventy-three percent of those who exercised three or more times per week agreed, compared with only 52% of those who exercised less often.
- Sixty-seven percent of those who ate breakfast daily agreed, compared with 56% of those who ate breakfast less often.
- Sixty-six percent of those who maintained an acceptable weight agreed, compared with 60% of those who were underweight and 59% of those who were overweight or obese.
- Sixty-six percent of those who did not drink and drive agreed, compared with 58% of those who did drink and drive.
- Sixty-seven percent of those who always used seatbelts agreed, compared with 61% of those who used seatbelts less often.

Apparently, many Canadians do see these activities as relevant to health and as part of their own personal effort to be healthy. At the same time, we also find that in each case, a majority of respondents who did not report healthful behaviour still feel that they are making more of an effort to be healthy than others their age. Do these people misperceive their own efforts? Do they not understand the value of these activities for health? Or do they simply have other priorities for health enhancement? Do they feel, for example, that not smoking or cutting back on alcohol consumption is more important for health in their own cases?

The Past Year

Respondents were asked: "*What is the single most important thing you have done in the past year to improve your health?*"

Responses to this question tended to confirm the efforts people said they were making. Generally, those reporting positive habits were as likely or more likely to report having done something in the previous year than others. Overwhelmingly, increasing exercise was the change most frequently reported for the previous year, followed by improving eating habits.

- **Exercise:** Of those who exercised three or more times per week, 69% did something in the previous year to improve health: 39% reported exercising more; 11% said

Attitudes towards Nutrition and Exercise

Respondents were asked whether they agreed or disagreed with the following statement: "I think that getting more exercise would improve my health". Of those who exercised three or more times per week, 78% agreed; of those who exercised less frequently, 83% agreed.

Respondents were also asked whether they agreed or disagreed with the following: "I could improve my health by changing my eating habits".

Of those who ate breakfast regularly, 64% agreed; of those who sometimes skipped breakfast, 73% agreed.

These results indicate that past approaches have been quite effective in convincing people that what they do affects their health, and, in particular, that exercise and good eating habits are important aspects of health. However, they have been much less successful in enabling people to act upon this knowledge.

they improved their eating habits; 4% quit smoking; and 4% reported losing weight. Of those who exercised less frequently, only 55% reported doing something in the previous year to improve health: 18% said they increased exercise; 13% improved their eating habits; 5% lost weight; and 4% quit smoking.

- **Breakfast:** Of those who never skipped breakfast, 63% did something in the previous year to improve health: 30% increased exercise; 12% improved eating habits; 4% quit smoking; and 4% lost weight. Similarly, of those who sometimes skipped breakfast, 63% did something in the previous year to improve health: 28% increased exercise; 10% improved their eating habits; 5% quit smoking; and 4% lost weight.
- **Weight Control:** Of those who were underweight, 60% reported doing something in the previous year to improve health: 21% increased exercise, 13% improved eating habits, and 6% quit smoking. Of those who were overweight, 61% did something to improve their health: 23% increased exercise; 12% improved their eating habits; 7% lost weight; and 5% quit smoking. Of those of normal weight, 65% did something in the previous year to improve health: 33% increased their level of exercise; 5% improved their eating habits; 5% quit smoking; and 3% lost weight.
- **Drinking and Driving:** Of those who reported drinking and driving, 70% did something in the previous year to improve health: 39% increased exercise; 10% improved eating habits; 5% quit smoking; and 4% lost weight. Only 1% reduced their use of alcohol. Of those who did not drink and drive, 65% did something to improve health: 30% increased exercise; 12% improved eating habits; 5% quit smoking; 5% lost weight; and again 1% reduced their use of alcohol.

Assessing Priorities for Change

Respondents were asked what they thought was the most important thing they *should* do to improve their health. In all groups but two, the most important thing that people felt they should do was to exercise more, followed by nothing, stop smoking and improve eating habits, in that order. The two exceptions were among those who were underweight, more of whom felt there was nothing they should do to improve their health, and among the overweight, more of whom felt they should lose weight rather than stop smoking or improve their eating habits.

Essentially, this question asks whether people set appropriate priorities for change. Often, it seems that they do not. For example:

- Among those who already exercise three or more times per week, increasing exercise (37%) was the number one priority.
- Among those who do not eat breakfast daily, increasing exercise (41%) was the number one priority; improving eating habits (8%) was the number four priority.
- Among the overweight or obese, increasing exercise (31%) was the number one priority; losing weight (9%) was the number three priority.
- Among the underweight, doing *nothing* (39%) was the number one priority.
- Among those who drink and drive, increasing exercise (48%) was the number one priority; reducing alcohol use (1%) was the number seven priority.

What's more, even if we accept the legitimacy of people's individual priorities, they do not always succeed in changing priorities into *intentions*. After being asked what they felt they *should* do to improve their health, they were asked what they actually *intended* to do in the coming year.

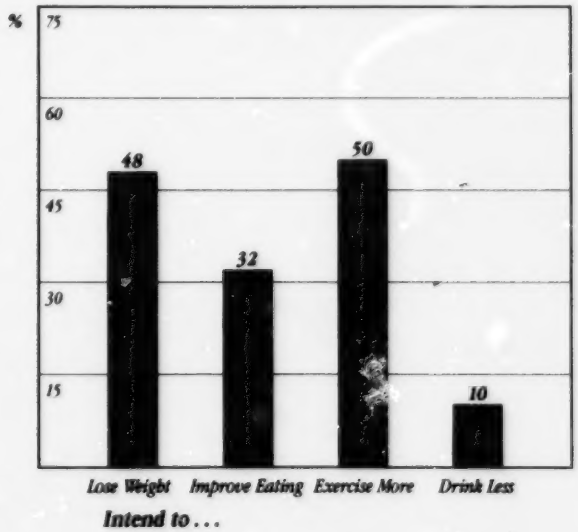
Of those who say they should lose weight, only 48% said they intended to do so; of those saying they should improve their eating habits, only 32% intended to do so; of those saying they should exercise more, only 50% intended to do so; and of those saying they should reduce their use of alcohol, only 10% intended to do so.

Reasons for Changing

Respondents were asked whether there were reasons other than health reasons for making the changes that they had made in the previous year. Clearly, people might have quite varied reasons for the changes they make. Someone might reduce alcohol use because of the effect it is having on his or her work; another person might exercise more because he or she has joined a club primarily for social reasons. A person could decide to lose weight because of the stigma associated with overweight in our culture.

A very substantial portion of those reporting changes to health practices reported non-health reasons for changing. For example, 44% of those who lost weight cited non-health reasons, as did 26% of those who changed their eating habits, 41% of those who exercised more, and 67% of those who reduced their use of alcohol.

Fig. 3a
Intentions



The graph shows the percentage of those who feel they should do something and who actually intend to do it. Relatively few people intend to do what they feel they should do to improve their health.

Information/Government Action

Respondents were asked on which health topics they felt they needed information, and on which health topics they felt it was important for government to take action.

While it was near the bottom of the list of demands for government action, nutrition topped the list of needs for information. In total, 12% of respondents – equivalent to 2.3 million Canadians – felt they needed more information on nutrition. The question is: how can we get this information to the people who need it most? Can we disseminate information so that it is as accessible to disadvantaged groups – that is, the poor, seniors, the poorly educated – as it is to others?

While safety was near the middle of the list of information needs, road safety topped the list (at 78%) of demands for government action. Can we turn this demand around to enable individual Canadians to take action on road safety?

Choosing among Competing Demands

Of course, what may *seem* to be an inappropriate priority may seem so only because so far in this chapter, we have looked at various preventive practices individually, in isolation from one another. However, in the real world, different behaviours connect in different ways, patterns occur in relationships among various practices. Thus, it should not be surprising to us that individuals often set priorities that are different from what we might expect. In order to understand the priorities people set, it is necessary to look at constellations of behaviour. For example:

- Among those who exercised less than three times per week, 38% said they smoked cigarettes; 66% wanted to change their weight; 31% skipped breakfast; 36% did not routinely use seatbelts; and 17% reported driving after drinking.
- Among those who skipped breakfast, 48% said they smoked, 56% said they wanted to lose weight; 48% said they did not get regular exercise; 14% said that they had 15 or more drinks per week.
- Among those who were overweight or obese, 32% said they skipped breakfast; 11% had 15 or more drinks per week; 51% said that they did not get regular exercise; 34% said that they smoked; and 18% reported driving after drinking.
- Among those who were underweight, 34% said they skipped breakfast; 55% said that they did not get regular exercise; 38% said that they smoked; and 11% reported drinking and driving.
- Among those who drank and drove, 33% skipped breakfast; 53% said that they did not get regular exercise; 24% had more than 15 drinks per week; 35% smoked; and 55% wanted to lose weight. ■

ISSUES AND CHALLENGES

1) While it is gratifying to see that most Canadians view their health as something changeable and something worth changing, and to find that most feel there are things they could be doing to improve their health, concern must be expressed over respondents' priorities for change. Overwhelmingly, among those who feel that there is something they *should* be doing to improve their health, increased levels of physical activity are the first priority. This is even true of those who are already exercising three or more times per week.

Apparently, in the battle for people's priorities, fitness is winning. Has fitness, in effect, been *oversold* to Canadians? Or is it simply the leading edge of healthful change? Do people prefer it for its social aspects, or does it just seem easier or more pleasant than other healthful activities? Whatever the reasons, it is not clear that it should be nearly everyone's first priority. For the person who smokes cigarettes, who drinks and drives regularly, who never uses seatbelts, who is dangerously underweight, or who never eats breakfast, other objectives should be given the same priority as exercise. For the person who is already exercising sufficiently, increased exercise may actually be injurious. As health professionals, we must help people to set reasonable goals and priorities, according to their own needs.

Part of the task here, it seems, will be to help people understand better the role of exercise in fitness and health. It seems that many Canadians are simply equating exercise with fitness and assuming that if a little is good, a lot must be better. But the relationship is more complex than that. Exercise *can* be overdone, and even if a person exercises judiciously, its value for fitness is diminished by practices like drinking excessively, smoking, and poor eating habits. Part of the task for health promotion must be to help Canadians understand the relationships among these various activities and to help them develop a suitable mix of healthy behaviours, according to their own needs.

On the other hand, the popularity of exercise may be as much an opportunity as a problem. It is not unusual for people who begin to exercise to get interested in other health objectives – nutrition, say, or quitting smoking.

Perhaps we need to investigate new ways of promoting other aspects of health through exercise, instead of in competition with it.

2) Interestingly, many respondents cited non-health reasons for health-related changes in behaviour in the previous year. This may seem strange to some, but it really isn't. For those of us in the health field, professionally focused as we are on the specific health outcomes of preventive practices, it is easy to lose sight of why people change – easy to lose sight of the fact that individuals change their habits only within the whole complex web of their life circumstances.

Thus, health objectives may not always top the list when people decide to alter their habits. For example, an unhealthily overweight person may decide to lose weight, not to reduce health risks, but to avoid the stigma associated with obesity. Legislation, as we have seen, can be a prime motivator in getting people to wear seatbelts. Someone may begin exercise more as a social activity than as a health activity.

As health promoters, we need to take care not to be so professionally narrow-minded as to lose sight of these extrinsic reasons for healthful behavioural change, for they represent a tremendous motivational resource. They open the way for health promotion strategies based upon environmental change, mutual aid and social behaviour. Fitness, for example, has already been

widely promoted not just as a ***health*** activity, but also as a ***social*** activity. Campaigns against smoking, drug use and impaired driving are now beginning to portray their social undesirability. Yes, Canadians do need to be aware of the health consequences of different sorts of behaviour. It does not follow, however, that health should be the only reason for changing one's habits.

3) Less than half of those reporting that there is something they ***should*** be doing to improve their health expressed any intention of doing it. Of those, we can assume that even fewer will succeed. Clearly, people are aware of preventive practices and their relationship to health. Just as clearly, we can see that awareness is not, in and of itself, sufficient motivation to action. Precisely what the barriers are between knowledge and intention is an important area for further study if health promotion is to continue to progress from its traditional role as a provider of information, to one in which it serves to enable Canadians to make real changes in health-related behaviour.

4) Specific health habits, we see in this chapter, do not occur in isolation; they are part of an individual's whole pattern of behaviour, a pattern embedded in personal history and life circumstances. So, for example, the survey found that those who skip breakfast were more than twice as likely to have consumed more than 15 drinks in the previous week than those who do not skip breakfast, and they were almost twice as likely to smoke. Skipping breakfast, smoking and heavy drinking thus form a network of poor health habits that many Canadians share. For these people, real healthful change means not just changing one habit or another, but breaking the pattern of negative habits, altering the circumstances that support negative patterns of behaviour.

The point is that lifestyle is not a single habit, but a pattern of complex relationships and practices, some good, some bad, that are shared with our family and friends and nurtured by our social environments. It is as much a product of the opportunities available to us and the barriers which confront us, as it is a matter of individual choice. ■

AFTERWORD

This report on selected exercise, nutrition and safety practices of Canadian adults is in many ways a study in contrasts. On the one hand, we find that for all the practices studied, the majority of Canadians report positive, healthful behaviour. It seems that the majority of Canadians understand the importance of exercise, eating habits and safety for health, and have been able to adapt their behaviour accordingly. On the other hand, for each of the practices discussed, we also find that a very substantial minority of Canadians – often a minority defined at least in part by social or economic inequalities – do not report healthful behaviour.

The findings suggest that while traditional health promotion approaches have been effective until now for many people, they may have reached a point of diminishing returns. Past approaches have depended primarily on education and persuasion to instigate individual lifestyle change. Henceforth, to achieve further improvement, health promotion will have to switch its focus from persuading to *enabling* – from simply trying to convince Canadians that certain actions are healthful to actually helping them overcome the real-world barriers they encounter to personal change.

Enabling is a four-stage process that involves the full range of health promotion mechanisms as outlined in *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* – particularly mutual aid and the creation of healthy environments.

In stage one, enabling means helping people and communities to recognize the relevance of particular activities for health. Thus, as we have seen in this report, safety practices are not always seen as a health issue by many Canadians. Helping people to understand the role of safety in health is thus a necessary first step in enabling them to understand better safety practices.

Stage two of enabling is helping people and communities to select the most appropriate priorities for healthful change. In Chapter 3, we saw that increasing exercise was the overwhelming – but not always appropriate – first priority of most survey respondents, even among those who may already have been getting sufficient exercise. In a sense, it seems that the value of exercise for health has been oversold in relation to other health practices.

Stage three of enabling is equipping people with the resources and skills required to effect change and to overcome barriers to better health. Thus, we see in Chapter 1 that less educated Canadians are not as likely as others to feel that there are food choices they should be making for the sake of health. The problem here may be, in part, that their reading skills are not adequate for dealing with food labeling. Perhaps some kind of simplified contents labeling scheme would incline the less educated more toward making food choices with health in mind.

Finally, stage four of enabling is creating supportive environments wherein healthy choices are easy choices, and unhealthy choices are less appealing. Thus, we find that where seatbelt legislation is in place, seatbelts are more likely to be worn regularly. Other factors are important here, too, particularly the social environment. We see, for example, that for most of the activities studied in this report, individual behaviour is strongly and directly related to the behaviour of family and friends. Thus, the building of social consensus around certain activities – as we have seen happening recently with the mounting public disapproval of drinking and driving – should contribute greatly to individual behavioural change.

This process of enabling does not replace earlier health promotion approaches; rather, it puts them in a broader context. Moreover, it shows that the health promotion challenges detailed in *Achieving Health for All* are interrelated. Increasing prevention, as we face the task today, requires that we simultaneously address inequalities in health, and help people cope with the demands of their environment. It is the special value of this report that it shows some of the ways in which these challenges are related. ■

Canadian Cataloguing in Publication Data

Main entry under title:

The Active health report on fitness, nutrition and safety

Issued also in French under title: Action santé, forme physique, alimentation et sécurité.
Added title on title page: Active health report, what we think, what we know, what we do.
ISBN 0-662-16851-8
DSS cat. no. H39-1/ 4/1989E

1. Health attitudes – Canada – Evaluation. 2. Health behaviour – Canada – Evaluation. 3. Physical fitness – Canada. 4. Diet – Canada. 5. Traffic safety – Canada. I. Canada. Health and Welfare Canada. II. Title: Active health report, what we think, what we know, what we do.

RA407.5.C32A22 1989b 614.4'271 C89-097074-2

LE RAPPORT ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé :

forme physique, alimentation et sécurité

Canada

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social, 1989

Also available in English under the title
"Active Health Report on Fitness, Nutrition and Safety"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de catalogue H39-144/1989F
ISBN 0-662-95355-X

Photos de nutrition gracieuseté d'Agriculture Canada

LE RAPPORT

ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé :

forme physique,

alimentation et sécurité

Table des matières

Introduction 3

Chapitre **1**

Les bonnes habitudes 5

Chapitre **2**

La santé auto-évaluée 14

Chapitre **3**

La recherche de la santé 21

Conclusion 27

Introduction

Le rapport *Action Santé: forme physique, alimentation et sécurité* constitue l'un des deux rapports axés sur la prévention faisant suite à l'*Enquête Promotion Santé Canada*. L'autre est le rapport *Action Santé: alcool, tabac et marijuana*.

Comme le précédent rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985*, ces deux rapports reflètent bien les idées contenues dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, qui identifie la prévention des maladies comme l'un des trois défis à relever en matière de promotion de la santé. Pour accroître la prévention, le *plan d'ensemble*, en accord avec les approches traditionnelles, réitère l'importance d'amener les individus à modifier leurs comportements et habitudes, mais va plus loin en ce qu'il invite à développer des stratégies qui tiennent compte de l'environnement et du contexte social dans lesquels s'inscrivent ces comportements. Plutôt que de tenter de convaincre, il tente de *permettre* les conditions de changement.

Les deux rapports prennent comme point de départ les principales questions soulevées dans le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985*, qui tentait de voir comment les Canadiens évaluent leur propre santé et de quelle façon la santé autoévaluée est liée à leurs connaissances, attitudes et croyances en matière de santé de même qu'à leur statut économique et à leur environnement social. Qu'entendent les Canadiens par «santé»? Comment évaluent-ils leur état de santé? Comment évaluent-ils leurs efforts pour maintenir ou améliorer leur santé? Qu'aimeraient-ils changer dans leurs comportements et quelles sont les contraintes rencontrées dans leur recherche de la santé? Voilà autant de questions auxquelles s'intéressait ce rapport.

Trois des conclusions du rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985* sont particulièrement importantes. D'abord, *la majorité des Canadiens veulent améliorer leur santé*. En effet, même parmi ceux qui évaluent leur santé comme très bonne ou excellente, beaucoup indiquent des façons d'améliorer leur santé. Au total 68 p. 100 de tous les répondants à l'enquête disent qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé.

Ensuite, le rapport *Action Santé* montre que non seulement les gens veulent améliorer leur santé, mais *aussi qu'ils ont le sentiment d'y travailler*. Parmi les répondants, 64 p. 100 estiment faire plus d'efforts que la plupart des gens de leur âge pour améliorer leur santé, sentiment d'ailleurs souvent justifié puisque 68 p. 100 d'entre eux ont posé des gestes concrets, au cours de l'année précédant l'enquête, pour améliorer leur santé.

Enfin, le rapport *Action Santé* montre que la plupart des gens qui persistent dans leurs mauvaises habitudes sont pourtant conscients des conséquences de ces habitudes et aspirent eux aussi à la santé. *Ils n'agissent donc pas ainsi parce qu'ils ne seraient pas avertis ou qu'ils auraient une mauvaise attitude*.

Comme l'indique le rapport *Action Santé:* «Ce profil des Canadiens, dont la majorité s'efforce de ... conserver ou retrouver la santé, diffère grandement des premières campagnes de promotion de la santé ... L'*Enquête Promotion Santé Canada* démontre que ... la majorité des Canadiens affirment se soucier de leur santé et être motivés d'agir dans ce domaine.»

Pour les professionnels de la santé, il ne s'agit pas seulement d'éduquer les Canadiens et de les motiver à adopter de meilleures habitudes de vie. Bien que l'éducation et la motivation demeurent essentielles dans la promotion de la santé, il faut trouver de nouvelles façons d'aider les gens à vaincre les barrières sociales et environnementales qui les empêchent de vivre en santé. Bref, *comment permettre aux Canadiens de réaliser leurs aspirations en matière de santé?*

***L'Enquête Promotion Santé Canada était une enquête** téléphonique entreprise par la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada et menée par Statistique Canada au mois de juin 1985. L'enquête a eu recours à la composition automatique de numéros pris au hasard. Le taux de réponse a été de plus de 80 p. 100. Plus de 11 000 Canadiens de 15 ans et plus ont répondu à 109 questions couvrant 250 éléments d'information, ce qui a permis la création d'une énorme base de données qui devrait fournir d'utiles connaissances pendant nombre d'années.*

En dépit de son importance et de son champ, l'enquête avait des limites notables que ne doit pas oublier le lecteur du présent rapport. D'abord, l'enquête portait sur les Canadiens qui n'étaient pas à la charge des institutions, que ce soit les hôpitaux ou les centres de soins de longue durée. De plus, même si le champ de ses intérêts était très vaste, elle ne pouvait aborder tous les sujets touchant à la santé. Ainsi, des sujets importants comme l'hygiène dentaire et la sexualité, pour ne donner que deux exemples, en furent exclus. Enfin, cette enquête étant téléphonique, elle excluait de ce fait les 3 p. 100 des Canadiens qui n'ont pas le téléphone. Si ce fait n'affecte guère l'image générale, il est cependant significatif par la relation, que le présent document illustre, entre la situation matérielle et la santé.

C'est à cette question, plus qu'à toute autre, que s'attachent ces deux rapports axés sur la prévention.

Le présent rapport touche à la forme physique, à l'alimentation et à la sécurité, trois aspects qui incitent à *adopter* des habitudes *saines* pour prévenir la maladie ou améliorer la santé dans l'immédiat ou dans l'avenir. Pour ce qui est du tabac, de l'alcool et de la marijuana, nous voulons encourager les Canadiens à *délaisser* des habitudes néfastes et depuis longtemps acquises. Si d'un point de vue médical cette distinction semble superflue, elle est utile sous l'angle de la promotion de la santé parce que la prévention s'appuie fortement sur la modification des comportements.

Le rapport *Action Santé : forme physique, alimentation et sécurité* comporte trois chapitres.

Dans le chapitre 1, intitulé *Les bonnes habitudes*, nous nous intéressons à cinq comportements favorisant la prévention : l'activité physique, la consommation du petit déjeuner tous les jours, le contrôle du poids, l'utilisation de la ceinture de sécurité ainsi que la sobriété au volant. L'enquête montre que des comportements sains en ces domaines constituent maintenant la norme sociale.

Dans le chapitre 2, intitulé *La santé auto-évaluée*, nous établissons un parallèle entre les gens qui ont des comportements sains et ceux qui n'en ont pas, à la lumière de quatre facteurs : la santé auto-évaluée, les limites d'activité, le niveau de stress et le bonheur. De façon générale, les gens qui ont des comportements sains évaluent leur santé comme meilleure que ceux qui n'ont pas ces comportements.

Dans le chapitre 3, intitulé *La recherche de la santé*, plutôt que de nous intéresser à la perception qu'ont les gens de leur santé actuelle, nous tentons de voir comment ils perçoivent les efforts qu'ils déploient pour améliorer leur santé et quelles sont leurs intentions pour l'avenir. Nous constatons que, bien qu'une majorité de Canadiens estiment faire des efforts considérables pour maintenir ou améliorer leur santé, beaucoup d'entre eux rencontrent des contraintes qui les empêchent de réaliser le changement souhaité.

Ces informations sont importantes à deux titres. Premièrement, elles tendent à confirmer de diverses façons que l'approche pour accroître la prévention préconisée dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* est fondée. D'une part, il existe une minorité importante de Canadiens ayant encore des habitudes de vie néfastes à leur santé. Cela suggère que ces gens, malgré que nos efforts aient été dirigés vers la modification des comportements individuels, se heurtent à des barrières sur les plans social et environnemental qui les empêchent de modifier leurs habitudes. D'autre part, comme nous l'avons vu, des comportements sains comme une bonne alimentation, l'exercice physique et des habitudes favorisant la sécurité constituent maintenant la norme sociale. Cela donne à penser que des stratégies s'appuyant sur l'entraide et l'amélioration de l'environnement physique et social sont plus que jamais efficaces pour accroître la prévention.

Deuxièmement, ces données nous aident à mieux cerner les processus qui permettront réellement d'accroître la prévention. Cela nous permettra d'aider les personnes et les groupes à mieux comprendre l'importance de comportements sains et d'établir leurs propres priorités en matière de santé; de leur fournir les ressources nécessaires pour surmonter les obstacles et de développer des environnements sains qui les amèneront à choisir des comportements favorisant la santé.

Tout cela, bien sûr, n'est pas nouveau. Comme dans les autres rapports *Action Santé* issus de l'*Enquête Promotion Santé Canada*, notre objectif est d'utiliser les données de l'enquête pour préciser, de façon concrète, des stratégies en matière de promotion de la santé. La principale qualité de ce rapport est de rendre plus concrète la notion de « prévention » telle qu'elle est présentée dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé.* ■

1 Les bonnes habitudes

La forme physique, l'alimentation et la sécurité routière constituent des aspects importants des comportements sains. Si la relation entre ces aspects et la santé est parfois difficile à établir, il est certain que la malnutrition, un mode de vie sédentaire, l'anorexie, la boulimie ou la conduite avec facultés affaiblies peuvent avoir des conséquences dramatiques. L'exercice physique et une saine alimentation sont essentiels au bon fonctionnement du corps. Ils jouent un rôle important dans la prévention de nombreuses maladies chroniques ou débilitantes et aident à réduire les risques de mort précoce. De bons comportements en matière de sécurité routière aident à prévenir les accidents de la route et diminuent la gravité des blessures lors d'accidents. Selon le Conseil canadien de la sécurité, les accidents de la route, avec 3 973 morts, constituaient en 1984 la principale cause de décès accidentel.

***Dans ce chapitre, nous utilisons** certaines données de l'Enquête Promotion Santé Canada pour dresser un portrait global des habitudes des Canadiens en regard de la forme physique, de l'alimentation et de la sécurité. Nous y découvrons que, de façon générale, une majorité d'entre eux ont de bonnes habitudes et que ces comportements sains sont devenus la norme sociale. Nous constatons cependant que de nombreux groupes de Canadiens font face à des obstacles qui les empêchent de modifier leurs habitudes.*

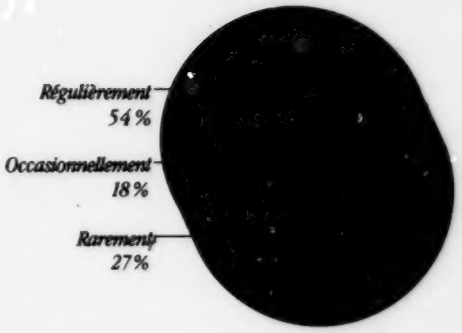
Ces bonnes habitudes sont maintenant largement répandues et acceptées comme la norme sociale. Ensemble, elles ont aidé, probablement plus que toute autre chose, à conscientiser les Canadiens en matière de santé.

Au début des années 70, les Canadiens se sont mis, plus que jamais, à faire de la course à pied, puis d'autres types d'activité physique. Dans cette foulée, ils se sont intéressés à l'alimentation et aux bonnes habitudes alimentaires, de telle sorte que maintenant, exercice physique et saine alimentation sont pour eux synonymes de qualité de vie.

Depuis le début des années 80, la sécurité routière est devenue une question importante pour les Canadiens. C'est notamment le cas pour la conduite avec facultés affaiblies. Comme le fait ressortir le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985*, 78 p. 100 de tous les Canadiens estiment qu'il est très important que le gouvernement intervienne en matière de prévention des accidents de la route.

L'*Enquête Promotion Santé Canada* a interrogé les Canadiens de façon approfondie sur leurs habitudes, attitudes, connaissances et intentions en matière d'exercice physique, d'alimentation et de sécurité routière. Dans ce chapitre, nous étudions certaines données recueillies lors de l'enquête. En matière de forme physique, nous traitons du niveau d'activité physique; pour ce qui est de l'alimentation, nous nous attardons aux habitudes en

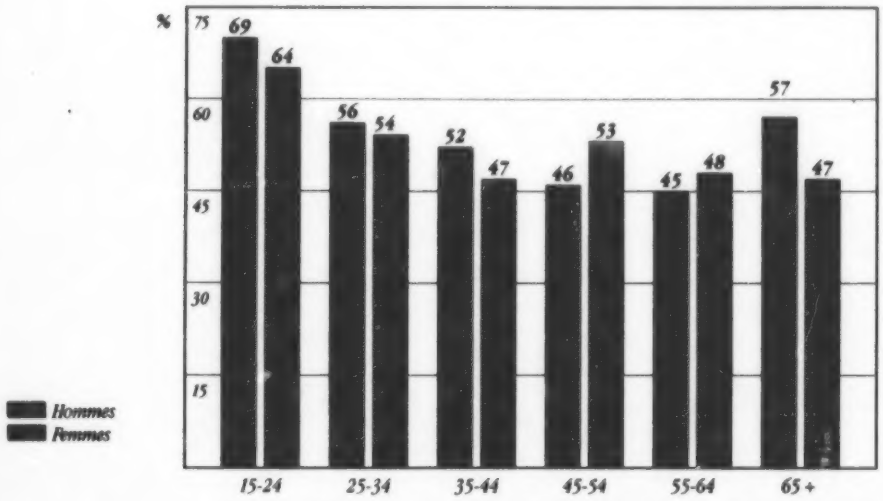
fig. 1a *
Fréquence de l'exercice



La majorité des Canadiens adultes, soit environ 54 p. 100, disent faire de l'exercice régulièrement.

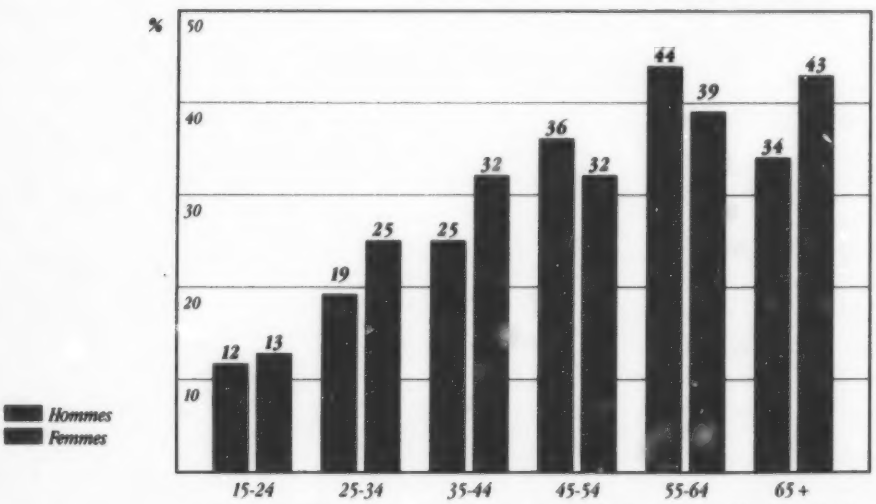
* *Certains pourcentages dans les graphiques, diagrammes et tableaux ont été arrondis et ne totalisent pas 100.*

fig. 1b
Fréquence de l'exercice, selon l'âge et le sexe



La proportion de gens disant faire de l'exercice trois fois ou plus par semaine tend à diminuer avec l'âge. On constate deux exceptions, soit chez les hommes de 65 ans et plus et chez les femmes entre 45 et 54 ans, dont la fréquence de l'activité est plus élevée que le groupe d'âge qui les précède.

fig. 1c
Les Canadiens sédentaires, selon l'âge et le sexe



La proportion de Canadiens sédentaires (qui font de l'exercice moins d'une fois par semaine), tend à augmenter avec l'âge. Cependant, les hommes de 65 ans et plus sont souvent plus actifs que ceux du groupe d'âge précédent.

regard du petit déjeuner, au contrôle du poids et aux aliments que choisissent en priorité les Canadiens; nous aborderons la sécurité routière par le biais de l'alcool au volant et de l'utilisation de la ceinture de sécurité.

La forme physique

L'élément de mesure utilisé dans l'enquête touche la fréquence de l'exercice physique. Bien que cela ne soit pas le seul élément contribuant à la bonne forme (on peut ajouter l'alimentation, le poids, l'usage du tabac, etc.), il est essentiel à la forme physique optimale.

L'enquête a défini l'exercice physique comme étant toute activité physique vigoureuse telle que la gymnastique, le jogging, les sports qui se pratiquent avec une raquette, les sports d'équipe, les cours de danse ou la marche vive. Elle classait les répondants en trois catégories : trois fois ou plus par semaine (*régulièrement*), moins de trois fois par semaine (*occasionnellement*) et moins d'une fois par semaine (*rarement*).

Cinquante-quatre pour cent des Canadiens de 15 ans et plus affirment faire de l'exercice régulièrement donc plus de trois fois par semaine. Dix-huit pour cent en font occasionnellement et 27 p. 100 en font rarement. De façon générale, la fréquence de l'exercice diminue avec l'âge, puisque 67 p. 100 des gens entre 15 et 24 ans déclarent faire de l'exercice régulièrement contre seulement 47 p. 100 des gens entre 55 et 64 ans, soit le groupe ayant le taux le plus bas. Chez les 65 ans et plus, cependant, la proportion augmente légèrement, à 51 p. 100.

En général, les hommes ont plus tendance que les femmes à faire de l'exercice régulièrement, sauf chez les gens entre 45 et 64 ans : parmi ceux-là, les femmes sont quelque peu plus actives.

Les diplômés de collège et d'université sont plus enclins à faire de l'exercice régulièrement (58 p. 100) et moins portés à en faire moins d'une fois par semaine (21 p. 100). Ceux qui

n'ont pas terminé leurs études collégiales ou universitaires ont le plus tendance à ne pas faire d'exercice (34 p. 100 en font rarement), et le moins tendance à en faire régulièrement (49 p. 100).

Parce qu'ils constituent l'un des principaux groupes cibles, il convient d'étudier plus en détail les groupes d'hommes et de femmes qui font le moins d'exercice. Chez les hommes, la proportion de sédentaires augmente de façon continue depuis le groupe des 15-24 ans jusqu'au groupe des 55-64 ans, puis diminue. Chez les femmes, au contraire, la proportion de sédentaires diminue chez les groupes de 45-54 ans et de 55-64 ans, puis augmente chez les 65 ans et plus. Lorsque la proportion de gens qui font rarement de l'exercice augmente, c'est la proportion des gens qui font de l'exercice occasionnellement qui diminue, et non celle des gens qui font de l'exercice régulièrement. À l'exception du groupe le plus jeune, la proportion des sédentaires dépasse toujours celle des gens actifs occasionnellement.

Tant chez les hommes que chez les femmes, ceux qui ont un conjoint ou des amis actifs sont généralement actifs eux-mêmes. Ceux dont le conjoint fait régulièrement de l'exercice ont 20 p. 100 plus tendance à faire eux-mêmes de l'exercice. Chez ceux qui disent que tous ou la plupart de leurs amis font de l'exercice, cette proportion est de 41 p. 100.

L'alimentation

L'*Enquête Promotion Santé Canada* étudiait trois aspects de l'alimentation : la consommation du petit déjeuner tous les jours, le choix des aliments et le contrôle du poids. Bien sûr, de nombreux autres éléments touchant l'alimentation influencent la santé, mais ces trois aspects nous donnent des indications utiles sur ce que font les Canadiens en matière d'alimentation pour améliorer leur santé.

Le petit déjeuner : l'enquête montre que la vaste majorité des Canadiens prennent régulièrement le petit déjeuner. Durant le semaine précédant l'enquête, 71 p. 100 des répondants ont déclaré avoir pris un petit déjeuner (c'est-à-dire prendre plus qu'un simple thé ou café) tous les jours; 11 p. 100 n'ont pas pris un petit déjeuner tous les jours; et 18 p. 100 n'ont pris aucun petit déjeuner.

Environ la moitié des répondants ont mangé du pain et des céréales tous les jours au petit déjeuner, ce qui fait de ce groupe d'aliments le préféré des Canadiens au petit déjeuner. Les oeufs et la viande, aliments les moins fréquemment consommés, constituaient le menu de 9 p. 100 des répondants. Quarante-trois pour cent ont pris des produits laitiers, des fruits ou des jus. Les gens de 65 ans et plus (92 p. 100) ont le plus tendance à prendre le petit déjeuner tous les jours, alors que les 25-34 ans (78 p. 100) ont le moins tendance à prendre le petit déjeuner tous les jours.

Le choix des aliments : à la question : *«Croyez-vous que vous devriez limiter ou éviter certains aliments pour protéger votre santé?»*, 64 p. 100 des Canadiens conviennent qu'il faut éviter certains aliments pour rester en santé. Sensiblement plus de femmes que d'hommes (70 p. 100 contre 58 p. 100) sont d'accord avec cet énoncé. Cette différence est significative dans la mesure où, dans nombre de foyers, la

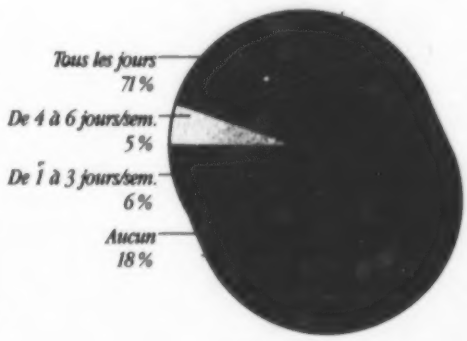
Les conditions locales

Les données contenues dans ce chapitre valent pour l'ensemble du Canada. D'une région à l'autre, ou entre divers groupes culturels, il peut exister des différences considérables :

- *Alors que, dans l'ensemble du pays, 55 p. 100 des Canadiens font de l'exercice trois fois ou plus par semaine, cette proportion passe à 45 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans cette région, 51 p. 100 des Blancs font de l'exercice au moins trois fois par semaine, contre 43 p. 100 des Inuit et 38 p. 100 des Indiens dénés.*
- *Alors que seulement 29 p. 100 de tous les Canadiens, au moins une fois par semaine, ne prennent pas le petit déjeuner, c'est le cas de 54 p. 100 de l'ensemble des habitants des Territoires du Nord-Ouest, de 65 p. 100 des Inuit et de 68 p. 100 des Indiens dénés.*
- *Toujours dans cette région, 30 p. 100 des femmes inuit et 27 p. 100 des femmes dénés sont obèses, comparativement à 14 p. 100 pour l'ensemble du Canada.*

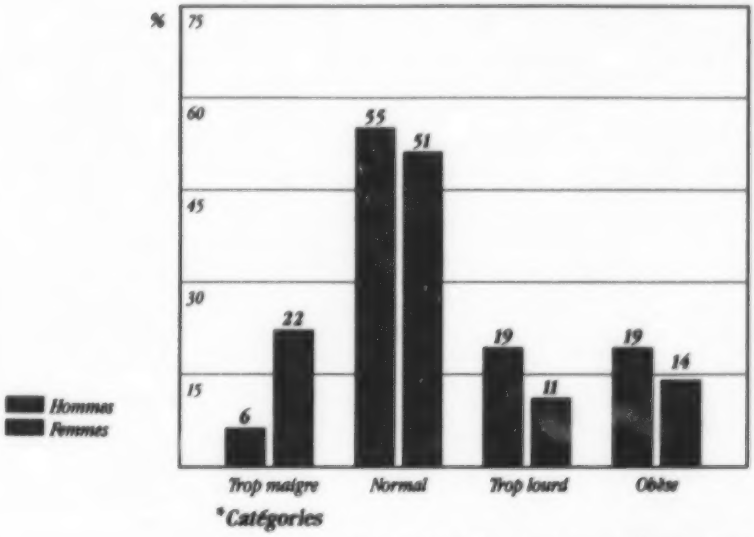
Si les programmes de promotion de la santé doivent viser certains groupes spécifiques, ils devront tenir compte des conditions locales, des pratiques culturelles et des situations de vie particulières à ces groupes.

fig. 1d
Consommation du petit déjeuner



Ce graphique montre la fréquence de consommation du petit déjeuner. La grande majorité, soit 71 p. 100, ont dit avoir pris, tous les jours, plus que seulement du thé ou du café. Toutefois, un pourcentage important, soit 18 p. 100, n'ont rien pris durant la semaine ou n'ont pris que du thé ou du café.

fig. 1e
Le contrôle du poids



Un peu plus de la moitié, tant des hommes que des femmes, ont un poids normal. Cependant, beaucoup plus de femmes que d'hommes estiment être trop maigres, alors que beaucoup plus d'hommes que de femmes disent être trop lourds ou obèses.

femme est encore celle qui achète les aliments.

Par ailleurs, les gens entre 35 et 44 ans (68 p. 100) sont le plus portés à être d'accord avec cet énoncé, et les gens de 65 ans et plus (60 p. 100) sont le moins d'accord. Vu sous l'angle du degré d'instruction, le même énoncé reçoit l'appui de 73 p. 100 des gens ayant une instruction supérieure au secondaire, contre seulement 52 p. 100 de ceux ayant une instruction de niveau primaire ou moins.

L'enquête montre des différences entre les hommes et les femmes quant aux *types* d'aliments à éviter. Ainsi, 30 p. 100 des hommes et 25 p. 100 des femmes croient que les aliments à haute teneur en cholestérol sont ceux qu'il est le plus important d'éviter. La proportion est inversée lorsqu'il est question du sucre (29 p. 100 des femmes contre seulement 19 p. 100 des hommes). Trente-cinq pour cent des hommes et 34 p. 100 des femmes croient qu'il faut éviter les aliments à haute teneur en gras. Seulement 11 p. 100 des Canadiens croient que les aliments à haute teneur en sel sont ceux qu'il est le plus important d'éviter.

Soixante-trois pour cent des Canadiens, sont d'accord pour dire qu'il faut manger souvent de certains aliments pour être en santé. Cette croyance diminue avec l'âge, puisqu'elle reçoit l'assentiment de 74 p. 100 des 15-24 ans, mais de seulement 39 p. 100 des 65 ans et plus. Sur la base du degré d'instruction, 68 p. 100 des gens ayant une instruction secondaire ou supérieure, contre 48 p. 100 de ceux ayant une instruction primaire ou inférieure, partagent cette même croyance.

De tous ceux qui se sont dits d'accord avec cet énoncé, 77 p. 100 ont mentionné, comme aliments qu'il faut manger souvent pour être en santé, les fruits et les légumes.

Le contrôle du poids : en fonction de leur poids en relation avec leur taille, les répondants de 20 ans et plus furent divisés en quatre catégories : normal, trop maigre, trop lourd et obèse*. Les trois dernières catégories sont considérées, à divers degrés, comme comportant des risques pour la santé.

De façon générale, l'enquête montre que 53 p. 100 des Canadiens de 20 ans et plus indiquent un poids normal pour leur grandeur, 14 p. 100 un poids inférieur à la normale, 15 p. 100 un poids supérieur à la normale et 17 p. 100 un poids qui les place dans la catégorie obèse. (Il faut noter que les gens ont souvent tendance à sous-évaluer leur poids réel, et le pourcentage de personnes obèses rapporté ici est inférieur à des études qui se fondent sur des données objectives, comme l'*Enquête Condition physique Canada*.)

On note des différences entre les hommes et les femmes. De façon générale, plus d'hommes (39 p. 100) que de femmes (26 p. 100) indiquent un poids qui les place dans la catégorie trop lourd ou obèse. À l'inverse, beaucoup plus de femmes (22 p. 100) que

* ***Dans Les lignes directrices canadiennes : niveaux de poids associés à la santé, on utilise maintenant les quatre catégories suivantes : trop maigre, poids acceptable , possibilité d' embonpoint, embonpoint.***

d'hommes (6 p. 100) se classent dans la catégorie trop maigre. Ces proportions sont les mêmes pour tous les groupes d'âge. Les femmes entre 20 et 24 ans (42 p. 100) sont les plus susceptibles de se classer dans la catégorie trop maigre, alors que les hommes entre 45 et 54 ans (29 p. 100) sont les plus susceptibles de se classer dans la catégorie obèse.

Il existe une relation très étroite entre l'instruction et le poids. Soixante et un pour cent de ceux qui ont une instruction supérieure au secondaire rapportent un poids normal, contre seulement 38 p. 100 de ceux qui ont, au plus, une instruction de niveau primaire. Dans ce dernier groupe, 56 p. 100 se situent dans la catégorie trop lourd et seulement 6 p. 100 dans la catégorie trop maigre.

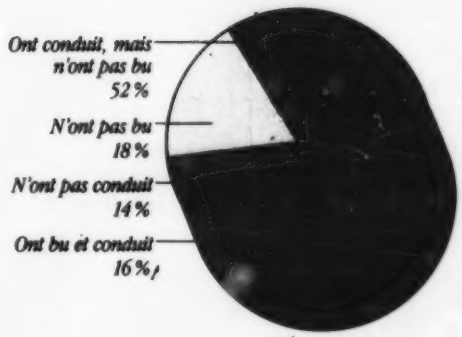
Plus de la moitié des Canadiens de 20 ans et plus souhaitent modifier leur poids et, dans la plupart des cas, veulent en perdre. C'est notamment le cas des femmes : 88 p. 100 des femmes trop lourdes et 93 p. 100 des femmes obèses souhaitent perdre du poids, contre 67 p. 100 des hommes trop lourds et 84 p. 100 des hommes obèses. Même chez les femmes trop maigres, 23 p. 100 aimeraient perdre du poids, ainsi que 70 p. 100 des femmes dont le poids est normal. Les hommes ne démontrent pas le même désir : souvent, ceux qui sont dans les catégories de poids les plus basses souhaitent prendre du poids.

Si les Canadiens pouvaient tous atteindre le poids qu'ils estiment idéal, la plupart seraient dans la catégorie normal. Cependant, il y a quelques exceptions. En effet, 23 p. 100 des hommes et 14 p. 100 des femmes seraient trop lourds s'ils atteignaient le poids qu'ils souhaitent. Dix pour cent des femmes et 4 p. 100 des hommes seraient *trop maigres*. Ces deux tendances se vérifient particulièrement chez les hommes entre 50 et 59 ans, dont 38 p. 100 seraient trop lourds s'ils atteignaient le poids qu'ils désirent et chez les femmes entre 20 et 29 ans, dont 18 p. 100 seraient alors trop maigres.

La sécurité

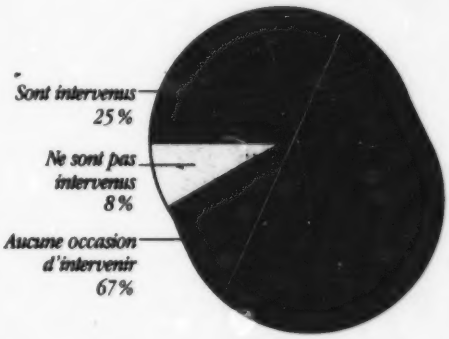
Les pratiques en matière de sécurité influencent la santé de plusieurs façons. Le Conseil canadien de la sécurité estimait qu'en 1984, 9 037 Canadiens sont morts dans des accidents de toutes sortes et que de nombreux autres ont subi des blessures. Bien que toutes les pratiques favorisant la sécurité, tant à la maison et au travail que durant les loisirs, soient importantes, nous nous intéressons ici à deux comportements en particulier : l'utilisation de la ceinture de sécurité et la sobriété au volant. Les accidents de la route sont, et de loin, la principale cause de blessure et de mort par accident. La plupart des experts s'entendent pour dire que l'on peut réduire considérablement le nombre de décès et de blessés en encourageant le port de la ceinture et la sobriété au volant.

fig. 1f
Boire et conduire



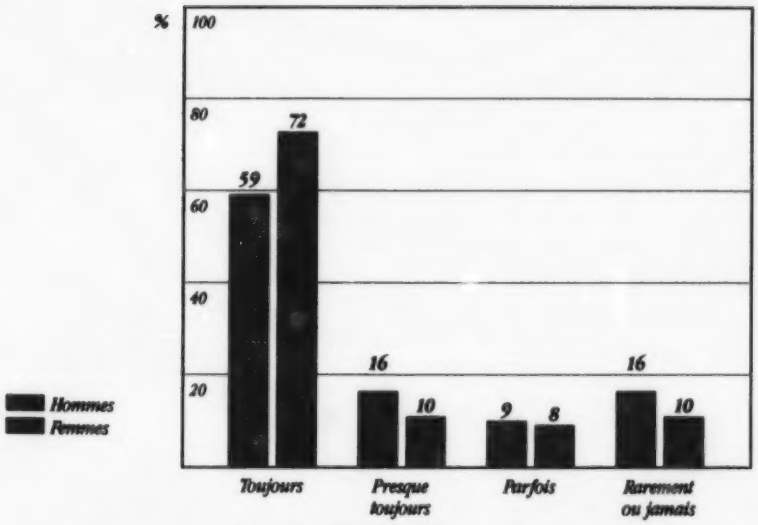
Seize pour cent des répondants ont conduit moins de deux heures après avoir bu durant le mois qui a précédé l'enquête.

fig. 1g
Empêcher la conduite avec facultés affaiblies



Durant l'année précédant l'enquête, 67 p. 100 des répondants n'ont eu aucune occasion d'empêcher quelqu'un de conduire après avoir bu; 8 p. 100 ont eu l'occasion, mais ne sont pas intervenus et 25 p. 100 sont intervenus. Ainsi, parmi ceux qui ont eu l'occasion d'intervenir, trois sur quatre l'ont fait.

fig. 1h
Le port de la ceinture



La plupart des Canadiens disent toujours porter la ceinture. Les femmes ont plus tendance à le faire que les hommes.

L'alcool au volant : dix-huit pour cent des Canadiens disent ne pas boire et 14 p. 100 ne pas conduire. À la question «*Au cours du mois passé, combien de fois avez-vous conduit moins de deux heures après avoir consommé une quantité quelconque d'alcool?*», 25 p. 100 de ceux qui ont dit avoir bu de l'alcool déclarent avoir conduit. En d'autres termes, 16 p. 100 des répondants disent avoir conduit après avoir bu. Une très petite minorité, soit 2,6 p. 100, ont admis avoir bu et conduit au moins cinq fois durant ce mois, ce qui représente plus de la moitié des cas.

Seulement 8 p. 100 des femmes, mais 25 p. 100 des hommes (représentant 80 p. 100 des cas) disent avoir bu et conduit. Les hommes entre 25 et 34 ans et ceux entre 35 et 44 ans, dont 35 p. 100 déclarent avoir bu et conduit, avaient, et de loin le plus tendance à conduire après avoir bu.

En comparant selon le degré d'instruction, ceux qui ont une instruction supérieure au secondaire (24 p. 100) ont le plus tendance à boire et conduire. En comparant selon les revenus, les deux groupes qui ont les revenus les plus élevés ont le plus tendance à boire et conduire (26 p. 100 et 24 p. 100 respectivement).

Ceux qui, au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, ont été en compagnie d'un ami dont les facultés étaient trop affaiblies pour conduire avaient presque deux fois plus tendance à conduire après avoir bu que ceux qui n'avaient pas vécu cette situation.

Empêcher la conduite avec facultés affaiblies : l'intervention d'un parent ou d'un ami est la façon la plus efficace d'empêcher la conduite avec facultés affaiblies. Une stratégie de prévention importante consiste à favoriser un climat de confiance qui facilite ce type d'intervention.

À la question «*Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé d'être avec un(e) ami(e) ou un parent qui, selon vous, avait trop bu pour*

conduire prudemment?», 33 p. 100 des Canadiens ont répondu «oui». Toutefois, les différences étaient significatives selon les groupes d'âge, puisque cette situation a été vécue par près de la moitié (47 p. 100) des Canadiens entre 15 et 24 ans contre 9 p. 100 des gens de 65 ans et plus.

À la question «*La dernière fois que cela s'est produit, avez-vous tenté de dissuader cette personne de conduire?*», 76 p. 100 ont répondu «oui», sans grandes variations selon l'âge et le sexe.

Le port de la ceinture : à la question «*Dans quelle mesure utilisez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous montez en voiture : toujours, presque toujours, parfois, rarement ou jamais?*», 66 p. 100 des Canadiens ont répondu «toujours», 13 p. 100 «la plupart du temps» et seulement 13 p. 100 «rarement» ou «jamais». L'utilisation de la ceinture varie selon l'âge et le sexe. Les femmes (72 p. 100) ont plus tendance que les hommes (59 p. 100) à déclarer utiliser la ceinture. La proportion augmente avec l'âge : 57 p. 100 des 15 à 24 ans l'utilisent toujours, comparativement à 78 p. 100 des gens de 65 ans et plus. Elle augmente également avec l'instruction et les revenus.

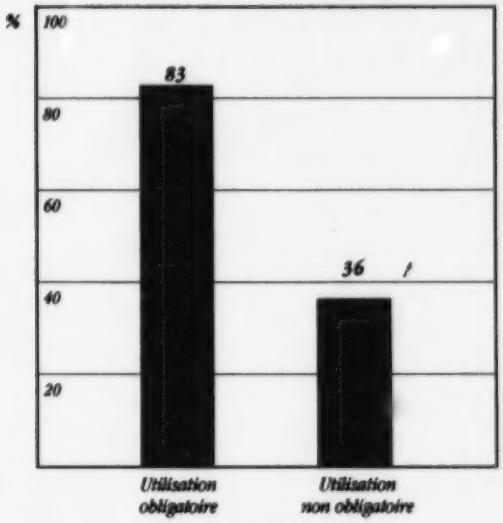
Les gens qui boivent et conduisent ont moins tendance que ceux qui ne conduisent pas après avoir bu à déclarer qu'ils utilisent la ceinture.

Les pourcentages de gens qui, lors de l'*Enquête Promotion Santé Canada*, ont dit utiliser la ceinture sont de 13 p. 100 supérieurs à ceux de l'*Enquête Santé Canada* menée six ans plus tôt et 48 p. 100 plus élevés que ceux d'une enquête récente menée aux États-Unis.

Selon l'*Enquête Promotion Santé Canada*, les lois relatives à l'utilisation de la ceinture semblent être une des raisons importantes de cette augmentation. Dans les huit provinces qui, au moment de l'enquête, avaient des lois concernant le port de la ceinture, 83 p. 100 des répondants ont déclaré toujours ou presque toujours utiliser la ceinture, contre seulement 36 p. 100 des répondants des autres provinces n'ayant pas de lois relatives à l'utilisation de la ceinture.

Lorsqu'on leur demande s'ils insistent, en auto, pour que les enfants portent la ceinture ou soient assis dans des sièges pour enfants, 84 p. 100 des Canadiens ont répondu «toujours». Les habitudes personnelles influencent la réponse à cette question, puisque 94 p. 100 de ceux qui portent toujours la ceinture disent insister pour que les enfants fassent de même, contre seulement 62 p. 100 de ceux qui utilisent rarement ou qui n'utilisent jamais la ceinture. ■

fig. 11
Le port de la ceinture et les législations



Législations provinciales

Dans les huit provinces où le port de la ceinture est obligatoire, l'enquête montre que 83 p. 100 des répondants utilisent toujours ou presque toujours la ceinture. Dans les provinces où il n'existe pas de telle législation, la proportion n'est que de 36 p. 100.

Questions et défis

« Accroître la prévention » est l'un des trois défis à relever identifiés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Dans une large mesure, cela suppose d'amener les personnes à adopter des comportements favorisant la prévention, ou à abandonner des habitudes néfastes pour la santé. À titre de professionnels de la santé, nous devons nous poser les questions suivantes : Que devons-nous faire pour *amener* les Canadiens à changer? Que pouvons-nous faire pour vaincre les obstacles qui se dressent devant eux? Comment faire pour rendre ces choix plus faciles?

De façon générale, l'*Enquête Promotion Santé Canada* montre qu'une majorité de Canadiens déclarent faire régulièrement de l'exercice, prendre le petit déjeuner, maintenir un poids normal, ne pas boire et conduire et toujours porter la ceinture de sécurité. Dès lors, pour chacun des éléments étudiés dans le présent rapport, les habitudes saines constituent la norme sociale acceptable pour les Canadiens adultes.

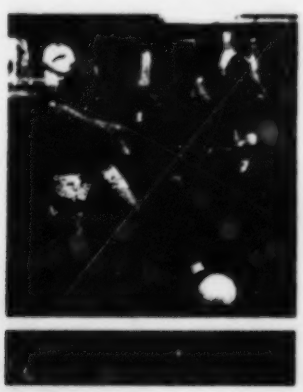
On doit donc tenir compte de ce facteur important dans le choix des moyens que nous prendrons pour permettre aux Canadiens de maintenir et d'améliorer leur santé. D'abord, il faut modifier les stratégies sur le plan des objectifs des programmes de promotion de la santé, de façon à les ajuster à cette nouvelle norme sociale. Il y a quinze ou vingt ans, les gens comprenaient moins bien l'importance de la bonne forme physique, de l'alimentation et de la sécurité routière. Le défi consistait alors à les convaincre de l'importance de ces sujets et à les amener lentement sur la voie du changement.

De plus, cela devait se faire dans un climat qui, s'il n'était pas hostile, n'était pas propice. Par exemple, les premiers adeptes du jogging étaient souvent objet de risée, et les passionnés d'une saine alimentation étaient qualifiés d'idéalistes. De même, porter la ceinture de sécurité était souvent considéré comme une marque de faiblesse.

Aujourd'hui, ces comportements sont largement acceptés dans la population, et la *majorité* des citoyens n'ont plus besoin d'être convaincus de leur importance. Ainsi, la tâche consiste à maintenir ces bonnes habitudes, à définir comment, dans la pratique, celles-ci peuvent mieux servir les objectifs personnels des gens et à les intégrer dans un ensemble de comportements.

Heureusement, grâce à la conscience de ces habitudes saines que les gens ont développée, un consensus social s'est établi et donne des ressources nouvelles et puissantes à ceux qui ont comme tâche de définir les politiques et de mettre sur pied des programmes. (Comme le fait ressortir le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'enquête Promotion Santé Canada 1985*, même ceux qui ont de mauvaises habitudes de santé tendent à reconnaître l'importance de comportements sains.) Il y a vingt ans, la bonne forme physique, l'alimentation et la sécurité routière devaient faire l'objet de campagnes de promotion vantant les mérites d'un mode de vie sain parce qu'aucun autre moyen n'était possible. Maintenant, puisqu'un consensus s'établit, de nouvelles possibilités s'offrent de créer des programmes basés sur l'entraide, le support communautaire et la coordination des actions des diverses institutions. Nous n'avons plus à souhaiter uniquement que les gens le fassent d'eux-mêmes.

Cela vaut pour la majorité des gens. Cependant, en même temps que cette majorité adopte de bonnes habitudes, une minorité importante s'y refuse : 46 p. 100 des Canadiens adultes ne font de l'exercice qu'occasionnellement ou rarement; 29 p. 100, au moins une fois par semaine, ne prennent pas de petit déjeuner; 46 p. 100 sont trop maigres, trop lourds ou obèses; 16 p. 100 boivent et conduisent; 13 p. 100 portent



rarement ou jamais la ceinture de sécurité. De plus, dans chacun de ces domaines, on a pu identifier des groupes spécifiques dont l'attitude ne correspondait pas à la norme acceptable.

Que pouvons-nous faire pour les aider à changer leurs comportements? Les approches traditionnelles, basées sur l'éducation et la motivation, ont été efficaces pour certaines personnes, mais pas pour ces groupes. Ces citoyens ont-ils les mêmes *chances* que les autres Canadiens de faire les bons choix? Sinon, l'information, les attitudes, les croyances et les intentions positives ne seront pas suffisantes pour les amener à changer. Le seul fait qu'ils persistent dans des comportements à risque démontre peut-être qu'ils sont aux prises avec des difficultés réelles, parfois très insidieuses, qui constituent un obstacle au changement.

Par exemple, nous avons montré que les femmes, particulièrement celles du troisième âge, ont tendance à faire moins d'exercice que les hommes du même âge. Est-ce simplement parce qu'elles sont moins intéressées, ou n'est-ce pas plutôt parce qu'elles ont moins de possibilités d'en faire? Si l'on pense que les gens sédentaires ont tendance à avoir des amis eux aussi sédentaires, il est plausible de penser que cela soit dû au manque de possibilités. Si c'est le cas, la tâche en matière de promotion de la santé consiste à modifier cette situation, par exemple en améliorant l'accessibilité des équipements et des programmes aux femmes du troisième âge, ou en améliorant la formation en matière de conditionnement physique des gens qui travaillent directement avec ces personnes. Il ne s'agit pas seulement de les inciter à faire plus d'exercice.

Il en va peut-être également ainsi de la diminution de la fréquence de l'exercice physique chez les gens d'âge moyen, tant hommes que femmes. La raison tient-elle uniquement à une baisse d'intérêt ou, comme il le semble plutôt, à des exigences familiales et professionnelles de plus en plus grandes, situation rendue encore plus difficile par le manque de possibilités en milieu de travail pour faire de l'exercice? En ce cas, les efforts de promotion de la santé doivent porter sur l'amélioration des possibilités de faire de l'exercice physique en milieu de travail. Peut-être aussi que ces gens ont plus besoin d'apprendre à mieux gérer leur temps que de recevoir de l'information sur l'importance de l'exercice physique.

Le même type de raisonnement s'impose lorsqu'on s'attarde au choix des aliments. Les femmes semblent démontrer un intérêt plus marqué que les hommes pour une saine alimentation. Dans une large mesure, cela est attribuable au rôle traditionnel de la femme au foyer et est renforcé par le fait que les programmes s'intéressant à la nutrition s'adressent plus directement aux femmes. Cela constitue peut-être un obstacle pour les hommes dans leur recherche d'une meilleure alimentation. Les temps changent : les hommes, de plus en plus, adoptent des comportements non traditionnels et il est peut-être important de développer des programmes axés sur la nutrition, qui s'adressent aux hommes.

L'influence des déterminants culturels et sociaux dans les comportements favorisant la santé est illustrée d'éloquente façon par la question du contrôle du poids. S'ils pouvaient atteindre le poids qu'ils *jugent idéal*, 18 p. 100 des femmes de 20 à 29 ans seraient trop maigres et 38 p. 100 des hommes entre 50 et 59 ans seraient trop lourds. Il est certain que plusieurs facteurs autres que ceux directement liés à la santé influencent ces perceptions. Sera-t-il suffisant de simplement inciter ces gens à modifier leurs perceptions? Ne faut-il pas plutôt modifier nos perceptions culturelles profondes sur l'image de soi? Cette dernière hypothèse est sans doute la plus plausible.

Enfin, nous avons vu qu'à l'exception de la conduite avec facultés affaiblies, les gens dont le degré d'instruction est le moins élevé ont, et de loin, les moins bonnes habitudes en matière de santé. Il convient de le faire remarquer, car les efforts passés en matière de promotion de la santé mettaient fortement l'accent sur l'éducation. Cela soulève plusieurs questions importantes. Les programmes d'éducation à la santé sont-ils efficaces pour des gens dont les habiletés sont, pour quelque raison, autres que celles transmises par le système d'éducation? Mettre l'accent sur des programmes de promotion de la santé axés sur l'éducation ne risque-t-il pas de creuser l'écart entre gens plus instruits et gens moins instruits quant à la recherche de la santé. Si c'est le cas, *comment* rejoindre les gens moins instruits et vaincre les obstacles qui les empêchent d'améliorer leur santé? ■

2 La santé auto-évaluée

Tout au long de la série des rapports *Action Santé,* notre objectif est de dresser un portrait de la santé des Canadiens telle qu'eux-mêmes la perçoivent. Dans l'enquête, on demandait aux répondants comment ils évaluent leur santé et on leur posait des questions sur des sujets comme les limites d'activité, le stress et le bonheur. Une comparaison des réponses de l'enquête et des données connues sur les comportements réels nous permet de dresser un portrait des attitudes pratiques quotidiennes des Canadiens en matière de santé. Croient-ils qu'elle soit tout simplement une absence de maladie ou estiment-ils qu'elle soit le résultat d'un ensemble de facteurs circonstanciels? Une réponse à cette question permettra de rendre plus efficaces nos interventions en matière de promotion de la santé.

***Dans ce chapitre, nous étudions** certaines relations entre trois comportements sains – l'exercice, une bonne alimentation et la sécurité – et la perception que les Canadiens ont de leur santé. Cela permet de mieux comprendre ce que les Canadiens entendent par santé.*

Comme on peut s'y attendre, nous constatons que l'exercice physique et une saine alimentation influencent beaucoup plus la santé auto-évaluée que les pratiques en matière de sécurité. On peut donc se demander si, en matière de sécurité, les conséquences pour la santé ont été mises en évidence. Nous constatons également que, parmi les gens qui ne mettent pas en pratique les mesures de sécurité, plusieurs évaluent leur santé comme très bonne ou excellent.

Il est intéressant de noter que la santé auto-évaluée ne concorde pas toujours avec d'autres types d'information. Ainsi, nous avons vu dans le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985* que beaucoup de Canadiens évaluent leur santé comme très bonne ou excellente malgré qu'ils indiquent des limites d'activités ou d'autres problèmes de santé. De même, dans le rapport *Action Santé: alcool, tabac et marijuana*, nous voyons que plusieurs personnes présentant des comportements à risque élevé pour la santé estiment tout de même avoir une santé très bonne ou excellente.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la santé auto-évaluée par rapport à la forme physique, à l'alimentation et à la sécurité routière. Sur ce plan, les résultats sont moins discordants que dans d'autres rapports. Il n'est pas surprenant de découvrir que les gens qui font régulièrement de l'exercice et qui ont de bonnes habitudes alimentaires disent avoir une meilleure santé que ceux qui n'ont pas ces comportements; la corrélation est cependant moins forte pour ce qui concerne les comportements en matière de sécurité routière. Bien que ces résultats fussent prévisibles, ils suscitent tout de même de nouvelles questions sur la promotion de la santé.

La santé auto-évaluée

On a demandé aux répondants : *« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? »*

Le fait d'avoir certains comportements qui améliorent la santé à court terme influence, légèrement mais de façon claire, la santé auto-évaluée. Non seulement les gens qui ont adopté ces comportements ont-ils plus tendance à évaluer leur santé comme très bonne ou excellente, mais ils ont aussi moins tendance à l'évaluer comme moyenne ou mauvaise.

- **L'exercice :** parmi ceux qui font régulièrement de l'exercice, 66 p. 100 estiment avoir une santé très bonne ou excellente pour leur âge et seulement 10 p. 100 une mauvaise santé. Parmi ceux qui font de l'exercice moins souvent, 56 p. 100 jugent que leur santé est très bonne ou excellente et 14 p. 100 l'évaluent comme moyenne ou mauvaise.
- **Le petit déjeuner :** parmi les gens qui prennent le petit déjeuner tous

les jours, 62 p. 100 évaluent leur santé comme très bonne ou excellente, et 12 p. 100 comme moyenne ou mauvaise. Parmi ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 58 p. 100 estiment avoir une santé très bonne ou excellente et 13 p. 100 l'évaluent comme moyenne ou mauvaise.

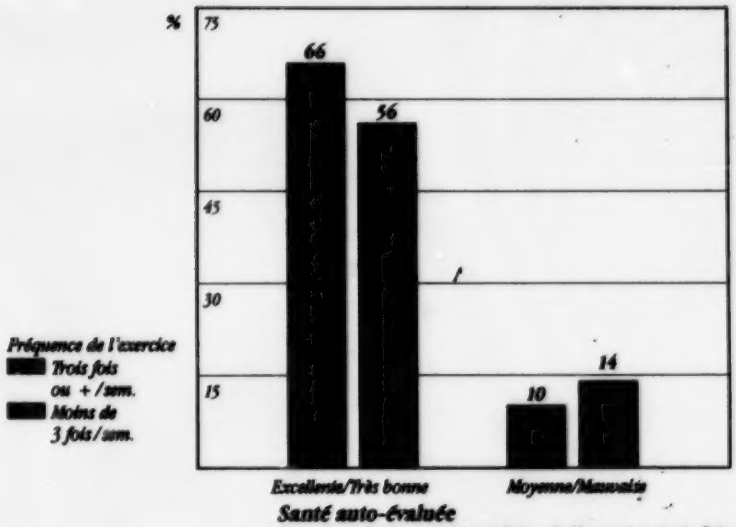
- **Le contrôle du poids :** parmi ceux qui ont un poids considéré comme normal, 64 p. 100 disent avoir une santé très bonne ou excellente et 10 p. 100 une santé moyenne ou mauvaise. Parmi les gens trop maigres, 62 p. 100 estiment que leur santé est très bonne ou excellente et 15 p. 100 qu'elle est moyenne ou mauvaise. Parmi les gens trop lourds ou obèses, 54 p. 100 évaluent leur santé comme très bonne ou excellente et 16 p. 100 comme moyenne ou mauvaise.

  Puisque la sécurité routière n'influence pas directement l'état de santé, mais qu'elle constitue plutôt un ensemble de comportements préventifs, il va de soi qu'elle ait moins d'incidence sur la santé auto-évaluée.

- **Le port de la ceinture :** parmi ceux qui portent toujours la ceinture de sécurité, 62 p. 100 disent avoir une santé très bonne ou excellente, contre 60 p. 100 de ceux qui ne portent pas toujours la ceinture. Douze pour cent des premiers, et 14 p. 100 des derniers, disent avoir une santé moyenne ou mauvaise.

- **Boire et conduire :** les résultats, ici, étonnent quelque peu. Soixante-dix pour cent de ceux qui boivent et conduisent estiment avoir une santé très bonne ou excellente, comparativement à 64 p. 100 de ceux qui ne conduisent pas après avoir bu. Cinq pour cent des premiers et 11 p. 100 des derniers évaluent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Ces résultats peuvent, jusqu'à un certain point, être attribuables au jeune âge des personnes qui rapportaient avoir conduit après avoir bu.

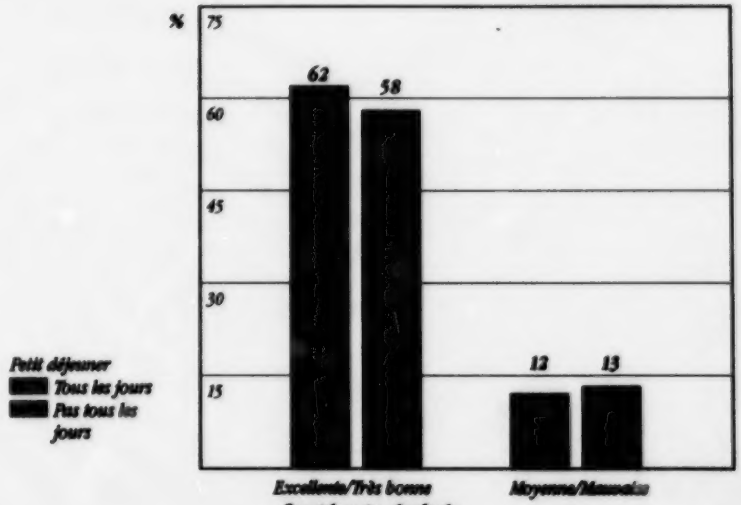
fig. 2a
L'exercice et la santé auto-évaluée



Santé auto-évaluée

Les répondants qui disent faire de l'exercice trois fois ou plus par semaine ont plus tendance à évaluer leur santé comme très bonne ou excellente que ceux qui font moins d'exercice. Cependant, parmi ces derniers, 56 p. 100 estiment être en très bonne ou excellente santé malgré des activités physiques restreintes.

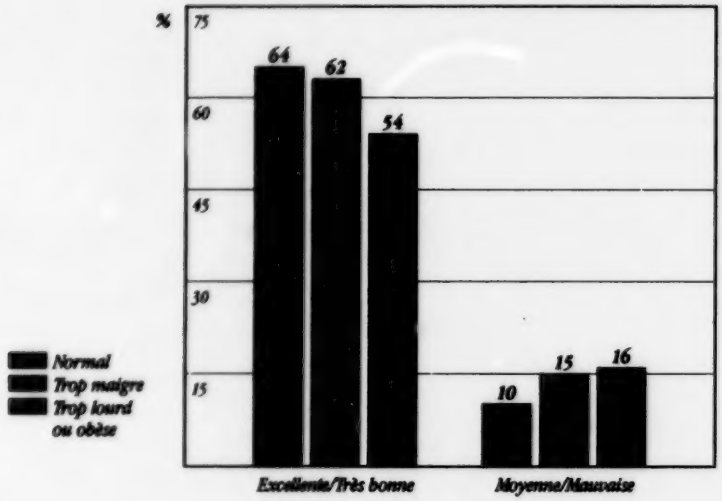
fig. 2b
Le petit déjeuner et la santé auto-évaluée



Santé auto-évaluée

Ceux qui disent prendre le petit déjeuner tous les jours ont plus tendance que les autres à évaluer leur santé comme très bonne ou, excellente. Cependant, 58 p. 100 des gens qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours estiment avoir une santé très bonne ou excellente.

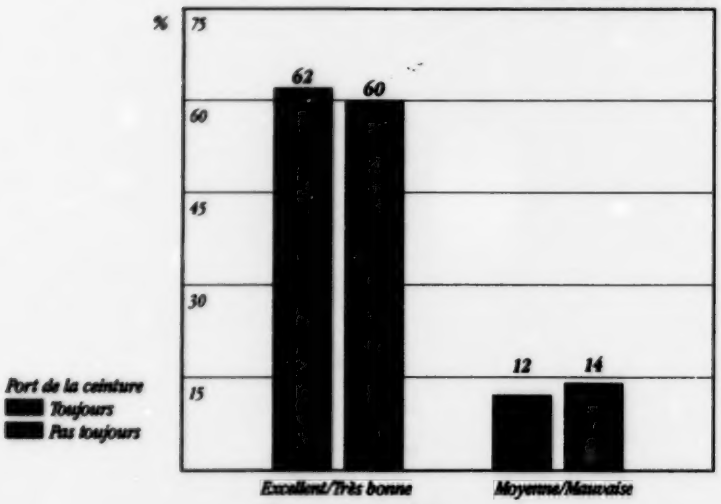
fig. 2c
Le contrôle du poids et la santé auto-évaluée



Santé auto-évaluée

Ceux qui ont un poids normal sont plus portés à évaluer leur santé comme très bonne ou excellente, et moins à l'évaluer comme moyenne ou mauvaise que ceux qui sont trop maigres ou trop lourds. Cependant, 54 p. 100 des gens trops lourds ou obèses et 62 p. 100 des gens trop maigres estiment avoir une santé très bonne ou excellente.

fig. 2d
Le port de la ceinture et la santé auto-évaluée



Santé auto-évaluée

Ceux qui utilisent régulièrement la ceinture évaluent leur santé de la même façon que ceux qui ne l'utilisent pas régulièrement.

Les limites d'activité

Les limites d'activité sont liées à la santé de deux façons. Premièrement, des comportements sains peuvent diminuer l'importance de certaines limites d'activité ou même les prévenir. À l'inverse, des habitudes néfastes pour la santé peuvent causer des limites d'activité. Deuxièmement, les limites d'activité peuvent empêcher des gens d'améliorer leur santé. Par ailleurs, ces limites peuvent également sensibiliser les gens à l'importance de comportements sains.

On a demandé aux répondants : « *Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par « chronique » j'entends qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de six mois.* » L'enquête n'a pu établir de relation entre d'une part la fréquence de l'exercice physique, l'alimentation et la sécurité routière et d'autre part l'existence de limites d'activité.

Voyons d'abord les limites d'activité par rapport aux comportements :

- Treize pour cent de ceux qui font régulièrement de l'exercice indiquent des limites d'activité, contre 19 p. 100 de ceux qui font de l'exercice moins souvent. Cette différence s'explique en partie par le fait que les gens aux prises avec des problèmes chroniques ont moins tendance que les autres à faire de l'exercice.
- Ceux qui prennent le petit déjeuner tous les jours indiquent *plus* souvent des limites d'activité (17 p. 100) que ceux qui ne le prennent pas tous les jours (13 p. 100).
- De tous les groupes étudiés dans ce rapport, les gens trop maigres indiquent le plus fort pourcentage de limites d'activité (21 p. 100). Cela s'explique peut-être par le fait qu'un poids inférieur est souvent associé à la maladie chronique. Dix-neuf pour cent des gens trop lourds ou obèses, et seulement 11 p. 100 des gens dont le poids

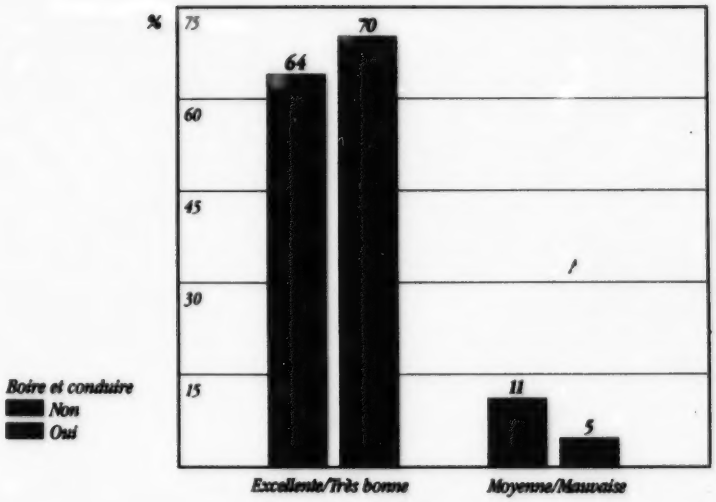
est normal indiquent des limites d'activité.
- Dix-sept pour cent de ceux qui portent toujours la ceinture de sécurité, et 14 p. 100 de ceux qui ne la portent pas toujours indiquent des limites d'activité.
- Onze pour cent de ceux qui boivent et conduisent et 14 p. 100 de ceux qui ne conduisent pas après avoir bu indiquent des limites d'activité.

Plusieurs facteurs expliquent ces résultats en apparence discordants. Premièrement, nous constatons que ceux qui font régulièrement de l'exercice, ne prennent pas le petit déjeuner, conduisent après avoir bu ou n'utilisent pas la ceinture de sécurité sont en majorité de jeunes adultes qui, en raison de leur âge, sont beaucoup moins aux prises avec des limites d'activité. Deuxièmement, les effets de ces comportements sur la santé ne se traduiront en limites d'activité qu'à long terme. Troisièmement, les gens peuvent modifier leurs comportements en raison des limites d'activité. Par exemple, une blessure résultant de la pratique d'un sport peut amener une personne à faire moins d'exercice; un accident de la route peut amener une personne à adopter de meilleures pratiques de sécurité.

Si, à l'inverse, on étudie les comportements par rapport aux limites d'activité, nous constatons deux tendances :

- Cinquante-cinq pour cent des gens n'ayant pas de limites d'activité, contre 44 p. 100 des gens qui en ont, font de l'exercice régulièrement. Il semble donc, et cela n'est pas surprenant, que les limites d'activité constituent pour certaines personnes un obstacle à l'exercice physique.
- Toutefois, en regard de l'alimentation et de la sécurité routière, les gens *aux prises avec* des limites d'activité ont de meilleures habitudes. Soixante-sept pour cent de ceux qui ont des limites d'activité, contre 63 p. 100 de ceux qui n'en ont pas, estiment que certains aliments sont à éviter pour garder la santé. Soixante-dix pour cent des gens qui ont des limites d'activité portent toujours la ceinture, contre 65 p. 100 de ceux qui n'ont aucune limite d'activité. Il semble que, dans les cas où elles n'agissent pas comme un frein à l'amélioration de la santé, les limites d'activité ont rendu les gens plus conscients de l'importance de comportements sains.

fig. 2e
L'alcool au volant et la santé auto-évaluée



Ceux qui conduisent après avoir bu ont tendance à évaluer leur santé comme meilleure que ceux qui ne conduisent pas après avoir bu.

Le stress

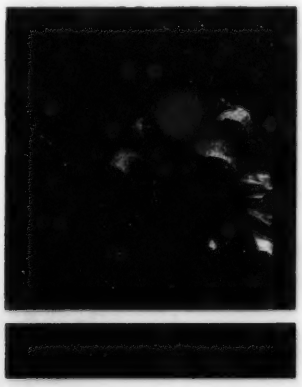
Parce qu'il constitue un indice de la capacité d'une personne à composer avec les exigences de la vie quotidienne, le degré de stress peut être considéré comme un élément général de mesure de l'autonomie d'une personne. En étudiant les degrés de stress auto-évalué par rapport à certains comportements, nous pouvons voir si le fait d'adopter des comportements sains aide réellement les gens à mieux vivre quotidiennement.

Il importe cependant de voir les deux aspects de cette question : d'une

part, des comportements sains peuvent aider une personne à composer avec le stress, mais d'autre part, le stress peut empêcher les gens d'adopter de bonnes habitudes de vie.

On a demandé aux répondants s'ils considèrent leur vie comme très stressante, assez stressante, pas très stressante ou pas stressante du tout. Les réponses obtenues démontrent des points de vue parfois divergents :

- Parmi ceux qui prennent le petit déjeuner tous les jours, 46 p. 100 estiment que la vie est très ou assez stressante et 54 p. 100 qu'elle n'est pas très stressante ou pas stressante du tout. Parmi ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 55 p. 100 disent que la vie est très ou assez stressante et 45 p. 100 qu'elle n'est pas très stressante ou pas du tout stressante. Le fait de prendre le petit déjeuner permet peut-être aux gens de mieux se défendre contre le stress de la journée. Inversement, le fait de ne pas prendre le petit déjeuner est peut-être *causé* par le stress en ce que les gens stressés peuvent avoir un appétit moindre ou penser qu'ils n'ont pas le temps de manger.
- Bien que la différence soit minime, les gens trop maigres ont moins tendance à penser que la vie est très ou assez stressante (49 p. 100) que les gens trop lourds (50 p. 100) ou de poids normal (53 p. 100). Bien que le manque ou l'excès de poids aient tous deux des conséquences néfastes sur la santé, notre *société* trouve moins acceptable l'excès de poids, particulièrement pour les femmes. Ce phénomène social explique peut-être pourquoi on note un stress plus élevé dans le groupe dont le poids est trop élevé.
- Huit pour cent de ceux qui font de l'exercice trois fois ou plus par semaine indiquent que la vie est très stressante, contre 10 p. 100 de ceux qui font moins souvent de l'exercice. Compte tenu du fait que l'exercice est reconnu comme un réducteur de stress, cette différence est étonnamment petite. Peut-être que pour certaines personnes, la discipline qu'exige l'exercice physique rigoureux (peut-être trop rigoureux) impose un stress qui annule les bienfaits de l'exercice.



Le bonheur

Tout comme le stress, le bonheur constitue un indice de la capacité d'une personne à composer avec les exigences de la vie quotidienne. La relation entre le bonheur et les comportements sains joue dans les deux sens : de bonnes habitudes peuvent augmenter le sentiment de bonheur; par contre, l'impression de ne pas être heureux peut être un obstacle aux comportements sains.

On a demandé aux répondants s'ils considèrent être très heureux, assez heureux ou pas très heureux.

- Ceux qui font régulièrement de l'exercice sont beaucoup plus enclins à se dire très heureux (46 p. 100) que ceux qui font moins d'exercice (37 p. 100). Cela est peut-être un des bienfaits de l'exercice même, mais cela dépend peut-être du fait que pour beaucoup de gens, l'exercice physique est une activité sociale que l'on fait entre amis.
- Ceux qui prennent le petit déjeuner tous les jours ont plus tendance à se dire très heureux (44 p. 100) que ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours (38 p. 100).
- Les gens trop lourds ont sensiblement *moins* tendance à se dire très heureux (40 p. 100) que les gens trop maigres ou de poids normal (43 p. 100 dans les deux groupes). Encore une fois, cela résulte peut-être du fait que l'excès de poids est socialement moins acceptable que le manque de poids. ■

1) Puisque l'on considère la santé comme une ressource de la vie courante, nos efforts en matière de prévention doivent permettre aux Canadiens, tant aux individus qu'aux groupes, d'exercer un meilleur contrôle sur les éléments qui influencent leur santé. Dès lors, il nous faut comprendre ce qu'entendent les Canadiens par les termes «santé» et «comportements sains».

Il ressort de l'enquête que l'exercice physique influence, plus que tout autre élément, la santé auto-évaluée. Est-ce significatif de son importance réelle? Si l'on considère la question à la lumière des taux de mortalité et de morbidité, qui sont les éléments de mesure traditionnels en matière de promotion de la santé, probablement pas. Mais si l'on considère plutôt les effets *bénéfiques* d'une bonne santé, tels le bonheur, la socialisation, la réduction du stress, et la santé comme moyen de se réaliser, alors le lien entre l'exercice physique et la santé prend tout son sens. Il semble que les citoyens n'évaluent pas leur santé de la même façon que les professionnels de la santé. Plutôt que de mesurer celle-ci en termes de taux de mortalité ou de morbidité, les citoyens en parlent en termes de *qualité* de vie.

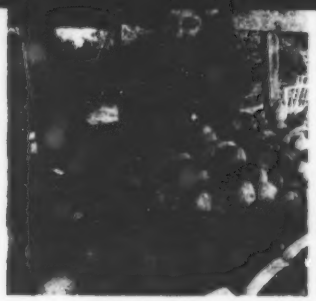
Les données de l'enquête sur la question de l'alcool au volant viennent appuyer cette conception de la santé. Si, pour les Canadiens, maintenir leur santé consistait à éviter les risques de mortalité et de morbidité, on pourrait s'attendre alors à ce que la santé auto-évaluée et le fait d'éviter l'alcool au volant (une façon de réduire les risques) montrent une relation plus étroite. Il en va de même pour le contrôle du poids. Bien qu'un poids trop faible soit associé à certains problèmes de santé, les gens trop maigres ne se considèrent pas nécessairement en moins bonne santé que les autres. Il est possible que l'image, l'estime de soi et les pressions sociales aient une plus grande influence sur le concept de santé de beaucoup de personnes que les problèmes de santé mêmes.

Les Canadiens, semble-t-il, ont une conception de la santé beaucoup plus large que celle que les professionnels tendaient à avoir : ils la considèrent comme une ressource de la vie courante. Si nous voulons aider les gens à améliorer leur santé, nous devons partir de leur propre conception de la santé.

2) L'*Enquête Promotion Santé Canada* montre que les Canadiens qui font régulièrement de l'exercice et qui ont de bonnes habitudes alimentaires ont tendance à évaluer leur santé comme meilleure que les autres Canadiens. Par contre, il n'y a aucune différence dans la santé auto-évaluée entre ceux qui ont de bonnes habitudes en matière de sécurité routière et ceux qui n'en ont pas. De la même façon, le rapport *Action Santé : alcool, tabac et marijuana* indique qu'il n'existe aucune différence pour ce qui est de la santé auto-évaluée entre ceux qui font usage de ces substances et ceux qui n'en font pas usage.

Dans une certaine mesure, ces résultats correspondent à nos attentes. L'exercice physique régulier et une saine alimentation ont des effets bénéfiques à court terme sur la santé physique et mentale, alors que les bonnes habitudes en matière de sécurité routière n'ont pour principal effet que de limiter les risques. Quant au tabac, à l'alcool et à la marijuana, l'abstinence, bien qu'elle ait des effets positifs immédiats – par exemple absence de toux, plus grande vitalité et meilleur sommeil – permet principalement d'éviter des problèmes futurs.

Ces différences quant aux effets de certains comportements nous fournissent des indices sur les divers mécanismes à mettre de l'avant pour favoriser les comportements sains. De façon pratique, les comportements sains qui ont des effets immédiats sur la santé portent en eux-mêmes leur



propre justification : faire de l'exercice et bien s'alimenter permet de se sentir mieux, et se sentir mieux incite à continuer de faire de l'exercice et de bien s'alimenter. Les efforts de promotion de la santé sur ce plan doivent porter sur la valeur intrinsèque de ces comportements. Bien que, pour l'exercice et l'alimentation, il faudra toujours favoriser la mise en commun des ressources, promouvoir l'entraide et développer des programmes spécifiques destinés aux groupes plus difficiles à rejoindre, les efforts de promotion de la santé devront toujours mettre en évidence l'amélioration de la qualité de vie des individus.

Ce n'est pas le cas pour ce qui est de la sécurité routière. L'utilisation de la ceinture et la sobriété au volant n'ont pas comme effet d'améliorer la santé et d'amener les gens à se sentir mieux. En ce sens, ces comportements n'ont pas d'effets directs sur la santé. Cela est également vrai, du moins en partie, pour ce qui est de l'usage de produits comme le tabac, l'alcool et la marijuana. Il est vrai que cesser de fumer du tabac ou de la marijuana, ou de boire de l'alcool, a certains effets bénéfiques immédiats, mais ces effets n'incitent pas une personne à *ne pas commencer* à consommer ces produits.

Pour ces activités qui ne comportent aucun effet bénéfique immédiat, il faut mettre de l'avant un éventail beaucoup plus large de mécanismes de promotion de la santé. Ainsi, on constate que l'utilisation de la ceinture de sécurité augmente sensiblement lorsque les lois sont renforcées. Par ailleurs, depuis nombre d'années, nous avons tenté de convaincre les gens des dangers du tabac, mais les succès les plus importants à ce sujet sont venus récemment, avec l'émergence des groupements de défense des non-fumeurs et l'adoption de certaines mesures législatives. De même, les succès en matière d'alcool au volant sont venus avec l'émergence de groupes de pression et la mise en application de programmes de contrôles policiers sur les routes. Pour ces questions, des modifications sur le plan des normes sociales ont amené les individus à changer leurs comportements.

Élaborer des programmes de promotion de la santé qui mettent à profit de façon judicieuse les diverses ressources et stratégies pour chacune de ces questions représente un défi constant. Encore une fois, cela n'est possible que si l'on comprend comment les Canadiens perçoivent la santé. Par exemple, pour les professionnels de la santé, la sécurité routière est d'abord et avant tout une question de santé. C'est là un point de vue de professionnel et il serait malhabile de conclure que tous les Canadiens pensent ainsi. Ce qui importe ici, c'est de faire en sorte que les gens ne conduisent plus avec des facultés affaiblies. Qu'ils y parviennent pour des raisons de santé ou autres est en soi peu important. Pour accroître la prévention, sur tous les plans, il faudra donc utiliser toutes les ressources disponibles en matière de promotion de la santé.

3) L'enquête montre également qu'un grand nombre de personnes qui ne font pas régulièrement de l'exercice ou ne prennent pas régulièrement le petit déjeuner estiment tout de même que leur santé est très bonne ou excellente. D'une part, cela ne doit pas nous surprendre, puisque les conséquences pour la santé de ces comportements ne sont pas immédiatement perceptibles. De plus, ce ne sont là que deux comportements parmi beaucoup d'autres pouvant influencer la santé. Pour savoir si ces gens évaluent avec justesse leur état de santé, il faudrait analyser l'ensemble de ces comportements.

D'autre part, vu l'importance sociale accordée depuis quelques années à la bonne forme physique et à une saine alimentation, il est à certains égards surprenant que des gens qui ne font pas d'exercice régulièrement ou ne prennent pas le petit déjeuner persistent à évaluer leur santé comme excellente. Il semble donc encore nécessaire d'aider ces gens à comprendre et à évaluer l'importance et les effets bénéfiques de l'exercice et du petit déjeuner sur leur santé actuelle et future.

4) Puisque le niveau de stress et, à un moindre degré, le sentiment d'être heureux sont souvent considérés comme des indices généraux de l'état de santé, il est intéressant d'étudier la relation, parfois équivoque, entre le stress et les habitudes saines. L'enquête n'a pas montré de lien direct entre les bonnes habitudes en matière de santé et la réduction du stress.

Cela tient probablement à ce que la relation entre les comportements et le stress joue dans les deux sens et est relativement complexe. De plus, cette relation peut être influencée par des situations de vie difficiles. En effet, si des comportements comme l'exercice physique régulier, prendre le petit déjeuner tous les jours et contrôler son poids peuvent aider directement à réduire le stress, des situations de vie stressantes peuvent empêcher une personne d'adopter de bonnes habitudes – par exemple, la pression engendrée par le travail ou la vie familiale peuvent amener une personne à ne pas prendre le petit déjeuner – ou, au contraire, l'inciter à adopter de bonnes habitudes (telles que l'exercice) de façon à mieux combattre le stress.

Ainsi, l'adoption de bonnes habitudes n'est pas l'unique facteur qui permettra aux gens de maîtriser le stress. Si le stress est en soi un obstacle à l'adoption de comportements sains, et non pas simplement un symptôme des mauvaises habitudes d'une personne, alors nous devons nous attaquer aux conditions de vie sous-jacentes qui en sont la cause. ■

Faire un effort

Les gens qui font de l'exercice, surveillent leur poids, prennent régulièrement le petit déjeuner et utilisent la ceinture de sécurité considèrent-ils qu'en adoptant ces comportements ils font un effort pour être en santé?

L'*Enquête Promotion Santé Canada* posait la question suivante : *« Quelle est votre opinion à l'égard de l'énoncé suivant : comparativement à la plupart des personnes de mon âge, je fais plus d'efforts pour améliorer mon état de santé »*. Soixante-quatre pour cent se sont dits d'accord avec cet énoncé, 31 p. 100 se sont dits en désaccord et 5 p. 100 n'ont pas répondu.

***Dans ce chapitre, nous nous attachons** non plus à la perception que les Canadiens ont de leur santé, mais aux efforts qu'ils font pour maintenir ou améliorer leur santé. Les gestes que posent les gens pour améliorer leur santé sont révélateurs de leur conception de la santé et nous fournissent des informations sur les divers éléments qui influencent la santé, sur les ressources à mettre en oeuvre et sur les obstacles rencontrés dans leur recherche de la santé.*

De façon générale, les Canadiens cherchent vraiment à maintenir ou à améliorer leur santé, et leurs habitudes et comportements en témoignent : ceux qui font de l'exercice et prennent le petit déjeuner régulièrement, surveillent leur poids, ne conduisent pas après avoir bu et utilisent la ceinture de sécurité ont plus tendance que les autres à faire des efforts pour se maintenir en bonne santé. Cependant, nous constatons que, très souvent, les gens ne font pas nécessairement les bons choix en vue d'améliorer leur santé.

On note des différences significatives, dans les réponses à cette question, entre les gens qui ont des comportements sains en matière d'exercice physique, d'alimentation et de sécurité routière et ceux qui n'ont pas ces comportements. Dans chaque cas, ceux qui ont des comportements sains se disent d'accord avec l'énoncé et toujours dans une proportion supérieure à la moyenne d'ensemble.

- Soixante-treize pour cent des gens qui font de l'exercice trois fois ou plus par semaine se disent d'accord avec l'énoncé, contre 52 p. 100 de ceux qui font moins souvent de l'exercice.
- Soixante-sept pour cent de ceux qui prennent le petit déjeuner tous les jours se disent d'accord avec l'énoncé, contre 56 p. 100 de ceux qui ne le prennent pas tous les jours.
- Soixante-six pour cent des gens qui ont un poids normal sont d'accord avec l'énoncé, contre 60 p. 100 des gens trop maigres et 59 p. 100 des gens trop lourds ou obèses.
- Soixante-six pour cent de ceux qui ne conduisent pas après avoir bu sont d'accord, contre 58 p. 100 de ceux qui conduisent après avoir bu.
- Soixante-sept pour cent de ceux qui utilisent toujours la ceinture de sécurité sont d'accord, contre 61 p. 100 de ceux qui ne l'utilisent pas toujours.

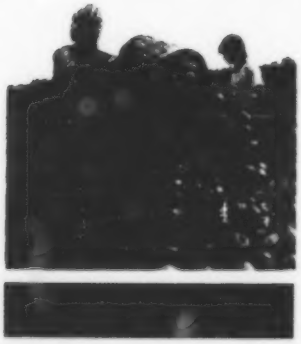
Il semble que beaucoup de Canadiens estiment que ces comportements influencent la santé et considèrent que ces mêmes comportements témoignent de leurs efforts pour se tenir en santé. Par ailleurs, l'enquête montre que parmi les gens qui n'ont pas adopté les comportements sains décrits plus haut, une majorité estime tout de même faire plus d'efforts que la plupart des personnes de leur âge pour améliorer leur santé. Ces gens surestiment-ils leurs efforts? Comprennent-ils bien l'influence réelle de ces comportements sur la santé? Peut-être ont-ils plutôt tout simplement d'autres priorités en matière de santé. Ont-ils conscience, par exemple, que ne pas fumer ou diminuer leur consommation d'alcool a des effets plus importants sur leur santé que d'autres comportements?

Les attitudes face à l'alimentation et à l'exercice

On a demandé aux répondants s'ils croyaient que le fait de faire plus d'exercice améliorerait leur santé. Soixante-dix-huit pour cent de ceux qui font de l'exercice trois fois ou plus par semaine sont de cet avis, comparativement à 83 p. 100 de ceux qui font moins souvent de l'exercice.

On leur a aussi demandé s'ils croient qu'ils pourraient améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes alimentaires. Soixante-quatre pour cent de ceux qui prennent tous les jours le petit déjeuner ont répondu oui, contre 73 p. 100 de ceux qui ne le prennent pas tous les jours.

Ces résultats montrent que les approches passées en matière de promotion de la santé ont réussi à convaincre les gens que certaines habitudes influencent leur santé, et notamment qu'une saine alimentation et l'exercice constituent des éléments importants de la santé. Ces approches ont cependant eu moins de succès pour ce qui est de modifier les comportements réels des gens.



Les efforts récents

On a demandé aux répondants : *« Quelle est la chose la plus importante que vous avez faite au cours de la dernière année pour améliorer votre santé? »*.

Les réponses semblent confirmer que les gens font réellement les efforts qu'ils disent faire en vue d'améliorer leur santé. De façon générale, ceux qui ont des comportements sains ont autant ou plus tendance que les autres à avoir fait des efforts au cours de la dernière année. Par une forte majorité, l'exercice physique est l'activité la plus fréquemment indiquée, suivi par l'amélioration des habitudes alimentaires.

- **L'exercice :** parmi les gens qui font de l'exercice trois fois ou plus par semaine, 69 p. 100 disent avoir fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Trente-neuf pour cent ont fait plus d'exercice, 11 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 4 p. 100 ont cessé de fumer et 4 p. 100 ont perdu du poids.

  Parmi ceux qui font moins souvent de l'exercice, seulement 55 p. 100 déclarent avoir fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Dix-huit pour cent disent avoir fait plus d'exercice, 13 p. 100 avoir amélioré leurs habitudes alimentaires, 5 p. 100 avoir perdu du poids et 4 p. 100 avoir cessé de fumer.

- **Le petit déjeuner :** parmi ceux qui prennent le petit déjeuner tous les jours, 63 p. 100 ont fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Trente pour cent ont fait plus d'exercice, 12 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 4 p. 100 ont cessé de fumer et 4 p. 100 ont perdu du poids.

  Parmi ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 63 p. 100 disent avoir fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Vingt-huit pour cent ont fait plus d'exercice, 10 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 5 p. 100 ont cessé de fumer et 4 p. 100 ont perdu du poids.

- **Perte de poids :** parmi les gens qui sont trop maigres, 60 p. 100 disent avoir fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Vingt et un pour cent ont fait plus d'exercice, 13 p. 100 ont amélioré leur alimentation et 6 p. 100 ont cessé de fumer.

  Parmi les gens trop lourds, 61 p. 100 disent avoir fait quelque chose pour améliorer leur santé. Vingt-trois pour cent ont fait plus d'exercice, 12 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 7 p. 100 ont perdu du poids et 5 p. 100 ont cessé de fumer.

  Parmi les gens qui ont un poids normal, 65 p. 100 ont fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Trente-trois pour cent ont fait plus d'exercice, 5 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 5 p. 100 ont cessé de fumer et 3 p. 100 ont perdu du poids.

- **L'alcool au volant :** parmi ceux qui disent boire et conduire, 70 p. 100 ont fait quelque chose au cours de la dernière année pour améliorer leur santé. Trente-neuf pour cent ont fait plus d'exercice, 10 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 5 p. 100 ont cessé de fumer et 4 p. 100 ont perdu du poids. Seulement 1 p 100 ont réduit leur consommation d'alcool.

  Parmi ceux qui ne conduisent pas après avoir bu, 65 p. 100 ont fait quelque chose pour améliorer leur santé. Trente pour cent ont fait plus d'exercice 12 p. 100 ont amélioré leurs habitudes alimentaires, 5 p. 100 ont cessé de fumer, 5 p. 100 ont perdu du poids et 1 p. 100 ont réduit leur consommation d'alcool.

Les priorités

On a demandé aux répondants quelle serait, selon eux, la chose la plus importante qu'ils *devraient* faire pour améliorer leur santé. Dans tous les groupes sauf deux, les gens ont majoritairement indiqué qu'ils devraient faire plus d'exercice, puis, dans l'ordre, qu'ils ne devraient rien faire en particulier, qu'ils devraient cesser de fumer et qu'ils devraient améliorer leurs habitudes alimentaires. Les deux groupes qui font exception sont les gens trop maigres, dont la plupart disent ne rien devoir faire en particulier pour améliorer leur santé, et les gens trop lourds, dont la plupart disent qu'ils devraient perdre du poids plutôt que de cesser de fumer ou améliorer leurs habitudes alimentaires.

En fait, cette question permet de vérifier si les gens établissent les bonnes priorités en vue d'améliorer leur santé. Il semble que non, puisque:

- Parmi les gens qui font déjà de l'exercice trois fois ou plus par semaine, 37 p. 100 disent qu'ils devraient en faire plus.
- Parmi ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 41 p. 100 disent qu'ils devraient faire plus d'exercice. Améliorer les habitudes alimentaires ne vient qu'en quatrième place, avec 8 p. 100.
- Parmi les gens trop lourds ou obèses, 31 p. 100 disent qu'ils devraient faire plus d'exercice. Perdre du poids ne vient qu'en troisième place, avec 9 p. 100.
- Parmi les gens trop maigres, 39 p. 100 ont comme première priorité de ne rien faire.
- Parmi les gens qui boivent et conduisent, 48 p. 100 disent qu'ils devraient faire plus d'exercice, mais seulement 1 p. 100 qu'ils devraient réduire leur consommation d'alcool (7e priorité).

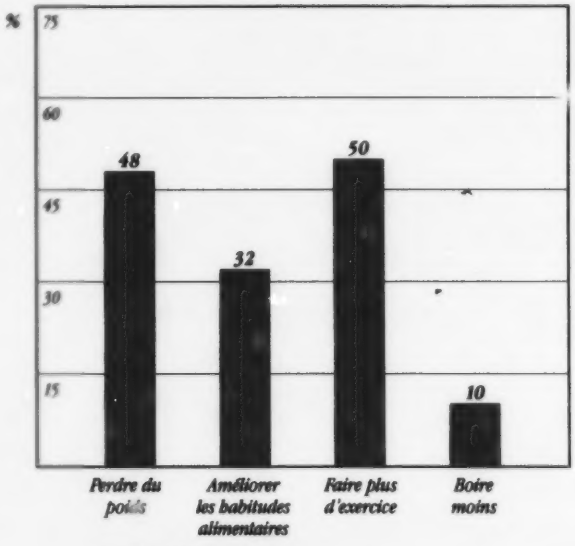
Les gens peuvent bien sûr établir leurs propres priorités, mais on constate que ces priorités ne correspondent pas toujours à ce qu'ils ont *réellement l'intention* de faire pour améliorer

Les raisons pour changer

On a demandé aux gens qui ont dit avoir fait quelque chose durant la dernière année pour améliorer leur santé si, outre le fait de vouloir améliorer leur santé, une autre raison les avait motivés. Les résultats indiquent des raisons très variées. Une personne peut réduire sa consommation d'alcool pour améliorer son efficacité au travail; une ature peut décider de faire plus d'exercice pour avoir ainsi une activité sociale; une autre enfin peut réduire son poids pour être socialement mieux acceptée.

Une proportion importante des gens qui disent avoir fait quelque chose pour améliorer leur santé l'ont fait pour des raisons autres que des raisons de santé. C'est le cas, par exemple, de 44 p. 100 des gens qui ont perdu du poids, de 28 p. 100 de ceux qui ont modifié leurs habitudes alimentaires, de 41 p. 100 de ceux qui ont entrepris de faire plus d'exercice et de 67 p. 100 de ceux qui ont réduit leur consommation d'alcool.

fig. 3a
Les intentions



Ont l'intention de . . .

Ce tableau montre, parmi les gens qui estiment qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé, les pourcentages de ceux qui ont réellement l'intention de passer aux actes. Ces pourcentages sont relativement peu élevés.

Besoins d'information et actions des gouvernements

On a demandé aux répondants d'identifier les sujets sur lesquels ils aimeraient avoir plus d'information et quels sont ceux auxquels, selon eux, les gouvernements doivent accorder le plus d'importance.

Alors que l'alimentation constitue le dernier choix des répondants parmi les sujets auxquels les gouvernements devraient accorder le plus d'importance, elle arrivait en tête de liste des sujets sur lesquels les Canadiens souhaiteraient avoir plus d'information. Au total, 12 p. 100 des répondants, soit 2,3 millions de Canadiens, disaient souhaiter avoir plus d'information sur cette question. Dès lors, comment transmettre cette information aux gens qui en ont exprimé le besoin? Pouvons-nous rendre disponible cette information aussi bien aux gens les plus démunis – les pauvres, les aînés, ceux qui ont le moins d'instruction – qu'aux autres plus fortunés?

Alors que les sujets relatifs à la sécurité se retrouvent au milieu de la liste en terme de besoin d'information, ils se classent en tête (78 p. 100 des répondants) quant à l'importance que l'État doit y accorder. Comment faire en sorte de modifier les comportements réels des Canadiens sur cette question?

leur santé. En effet, on a par la suite demandé aux répondants ce qu'ils avaient l'intention de faire au cours de la prochaine année pour améliorer leur santé. Parmi ceux qui, à la question précédente, disaient devoir perdre du poids, seulement 48 p. 100 disent avoir réellement l'intention d'en perdre au cours de la prochaine année. Parmi ceux qui disaient devoir améliorer leurs habitudes alimentaires, seulement 32 p. 100 avaient réellement l'intention de le faire. Parmi ceux qui disaient devoir faire plus d'exercice, seulement 50 p. 100 disaient avoir réellement l'intention d'en faire plus. Enfin, parmi ceux qui disaient devoir réduire leur consommation d'alcool, seulement 10 p. 100 disaient avoir l'intention de passer aux actes.

Faire les bons choix

Bien sûr, les priorités que les gens établissent en vue d'améliorer leur santé peuvent nous sembler inadéquates uniquement parce que, dans ce chapitre, nous avons étudié certains comportements isolément, sans les mettre en relation les uns avec les autres. Dans la vie quotidienne, ces comportements sont reliés entre eux de diverses façons. Dès lors, il ne faut pas s'étonner que les priorités de chaque individu diffèrent de ce à quoi nous nous attendons. Pour comprendre comment les gens établissent leurs priorités, il faut étudier les relations entre les divers comportements. Ainsi :

- Parmi ceux qui font de l'exercice moins de trois fois par semaine, 38 p. 100 fument la cigarette, 66 p. 100 voudraient modifier leur poids, 31 p. 100 ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 36 p. 100 n'utilisent pas toujours la ceinture de sécurité et 17 p. 100 disent parfois conduire après avoir bu.
- Parmi ceux qui ne prennent pas tous les jours le petit déjeuner, 48 p. 100 fument, 56 p. 100 voudraient perdre du poids, 48 p. 100 disent ne pas faire de l'exercice régulièrement, 14 p. 100 disent boire 15 consommations ou plus par semaine.
- Parmi les gens trop lourds ou obèses, 32 p. 100 ne prennent pas le petit déjeuner tous les jours, 11 p. 100 prennent 15 consommations ou plus par semaine, 51 p. 100 ne font pas régulièrement de l'exercice, 34 p. 100 fument et 18 p. 100 conduisent parfois après avoir bu.
- Parmi les gens trop maigres, 34 p. 100 ne prennent pas tous les jours le petit déjeuner, 55 p. 100 ne font pas régulièrement de l'exercice, 38 p. 100 fument et 11 p. 100 conduisent parfois après avoir bu.
- Parmi ceux qui conduisent parfois après avoir bu, 33 p. 100 ne prennent jamais de petit déjeuner, 53 p. 100 ne font pas régulièrement de l'exercice, 24 p. 100 prennent 15 consommations ou plus par semaine, 35 p. 100 fument et 55 p. 100 voudraient perdre du poids. ■

Questions et défis

1) On doit se réjouir que les Canadiens voient la santé comme une dimension de leur vie qu'ils peuvent modifier et qu'il vaut la peine de modifier. De plus, la plupart croient qu'ils peuvent faire quelque chose pour améliorer leur santé. Cependant, nous devons nous préoccuper des priorités qu'ils établissent en vue d'améliorer leur santé. Parmi ceux qui croient qu'ils *devraient* faire quelque chose pour améliorer leur santé, la plupart établissent comme priorité l'exercice physique. Cela vaut même pour ceux qui, déjà, font de l'exercice trois fois ou plus par semaine.

De toute évidence, l'exercice physique est en tête des priorités des Canadiens qui souhaitent améliorer leur santé. N'est-ce pas là l'effet de la vaste publicité dont l'exercice physique fait l'objet? N'est-ce pas uniquement un symbole de ce que l'on doit faire pour améliorer sa santé? La raison de cette préférence tient-elle à l'importance sociale du phénomène? L'exercice physique est-il perçu comme une activité plus facile ou agréable que d'autres? Quelles qu'en soient les raisons, il n'est pas évident que l'exercice physique doit être la principale priorité de tout le monde. Pour la personne qui fume, qui conduit après avoir bu, qui n'utilise jamais la ceinture de sécurité, qui est beaucoup trop maigre ou qui ne prend jamais de petit déjeuner, d'autres actions sont aussi importantes que de faire de l'exercice physique. Et pour ceux qui font déjà suffisamment d'exercice physique, en faire plus peut être néfaste. À titre de professionnels de la santé, nous devons aider les gens à établir des priorités qui soient en accord avec leurs besoins.

Une partie de notre travail consistera donc à faire mieux comprendre aux gens le véritable rôle que joue l'exercice physique dans la santé. Il semble que, pour beaucoup de Canadiens, l'exercice physique et la bonne forme soient synonymes et qu'ils croient que si un peu d'exercice est bon pour la santé, alors beaucoup d'exercice est encore mieux. Mais ce n'est pas aussi simple. On peut faire trop d'exercice, et même si on en fait de façon judicieuse, ses bienfaits peuvent être éliminés par des comportements comme la consommation excessive d'alcool ou de tabac, ou encore par de mauvaises habitudes alimentaires. Le travail de promotion de la santé doit en partie permettre aux Canadiens de comprendre comment chacun de ces comportements est lié aux autres et les aider à adopter les comportements sains qui répondent à leurs besoins.

Par ailleurs, il va de soi que la popularité de l'exercice physique a des effets positifs. Il n'est pas rare de voir des gens qui commencent à faire de l'exercice s'intéresser graduellement à d'autres aspects de la santé comme l'alimentation ou le fait de cesser de fumer. Il nous faudra peut-être développer de nouveaux outils de promotion de la santé en utilisant la popularité de l'exercice physique.

2) Il est intéressant de constater que beaucoup de répondants ont donné des raisons autres que des raisons de santé pour justifier certains comportements adoptés au cours de la dernière année. Cela ne doit pas nous surprendre, même si pour nous, professionnels de la santé, les motivations des gens ne sont pas toujours évidentes parce qu'elles prennent leur source dans un ensemble complexe de situations de vie.

La recherche de la santé n'est pas toujours la principale motivation des gens qui veulent modifier certains comportements. Par exemple, une personne obèse peut décider de perdre du poids non pas pour améliorer sa santé, mais pour se sentir socialement mieux acceptée. En matière de sécurité, des mesures législatives incitent les gens à utiliser la ceinture. Pour certains, faire de l'exercice est plus une activité sociale qu'une

activité permettant d'améliorer la santé.

À titre de professionnels en matière de promotion de la santé, nous devons éviter d'avoir une vision trop restrictive des raisons qui amènent les gens à changer. Ces motivations constituent en fait notre ressource principale. Elles ouvrent la voie à des stratégies de promotion de la santé fondées sur les modifications de l'environnement dans lequel évoluent les gens, sur l'entraide et sur les comportements sociaux. Déjà, par exemple, les efforts de promotion de l'activité physique ne portent pas uniquement sur ses *bienfaits* pour la santé, mais aussi sur le fait que c'est une activité *sociale* agréable. Les campagnes contre l'usage du tabac et des drogues ou contre l'alcool au volant s'appuient sur la réprobation sociale de ces comportements. Bien sûr, les Canadiens doivent être conscients des dangers pour leur santé que présentent certains comportements, mais d'autres motivations entrent aussi en jeu.

3) Moins de la moitié de ceux qui disent qu'ils *devraient* faire quelque chose pour améliorer leur santé ont véritablement l'intention de faire quelque chose. On peut penser qu'une proportion encore plus restreinte passera vraiment aux actes. De toute évidence, les gens sont conscients du lien qui existe entre certains comportements et la santé. Mais cela n'est pas une motivation suffisante. Que les gens soient informés ne signifie pas qu'ils modifieront leurs comportements. C'est là un aspect qu'il nous faudra étudier de près si nous voulons que nos efforts de promotion de la santé soient plus axés sur la modification réelle des comportements.

4) Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, certains comportements font partie d'un tout qui prend ses racines dans l'histoire personnelle d'un individu et dans les situations de vie. Ainsi, par exemple, l'enquête montre que ceux qui ne prennent pas le petit déjeuner ont deux fois plus tendance que les autres à boire 15 consommations ou plus par semaine et à fumer. Le fait de ne pas prendre le petit déjeuner, de fumer et de boire beaucoup constitue donc un ensemble de comportements malsains qui est le lot de nombreux Canadiens. Il faut amener ces gens non seulement à modifier chacun des comportements en cause, mais à délaisser l'habitude d'avoir des comportements malsains et modifier les conditions de vie qui supportent ces mauvaises habitudes.

Notre mode de vie n'est pas que la somme de nos comportements, mais plutôt un ensemble complexe d'habitudes, bonnes ou mauvaises, que nous partageons avec notre famille et nos amis et qui prennent leur source dans notre environnement social. Il est autant le résultat de ce qui nous est accessible et de ce qui ne l'est pas que le résultat des choix que nous faisons individuellement. ■

Conclusion

Ce rapport sur la forme physique, l'alimentation et la sécurité des Canadiens adultes fait ressortir un paradoxe. D'un côté, nous constatons que la majorité des Canadiens ont des habitudes et des comportements sains. Il semble que la majorité d'entre eux comprennent l'importance pour la santé de l'exercice physique, de la saine alimentation et des bonnes habitudes en matière de sécurité. Il semble aussi qu'ils ont su modifier en conséquence leurs comportements. D'autre part, nous constatons qu'une importante minorité d'entre eux, définie en partie du moins par des conditions économiques et sociales défavorables, maintient de mauvaises habitudes.

Ce paradoxe laisse supposer que les approches traditionnelles en matière de promotion de la santé, si elles se sont révélées efficaces pour un grand nombre de Canadiens, ont peut-être atteint leur limite. Elles s'appuyaient principalement sur l'éducation et la persuasion. Maintenant, plutôt que de convaincre les Canadiens, nous devons leur donner la possibilité de vaincre les obstacles qu'ils rencontrent dans leur recherche de la santé.

Cela suppose un processus en quatre étapes qui s'appuie sur les mécanismes de promotion de la santé définis dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, et notamment sur les mécanismes d'entraide et de création d'environnements sains.

La première étape consiste à aider les personnes et les groupes à reconnaître l'importance de certaines activités dans leur recherche de la santé. Comme nous l'avons vu dans le présent rapport, les comportements sains en matière de sécurité ne sont pas toujours perçus comme ayant une incidence sur la santé. Aider les gens à comprendre le lien entre les mesures de sécurité et la santé constitue donc la première étape en vue de leur faire adopter de bonnes habitudes en ce domaine.

La deuxième étape consiste à amener les personnes et les groupes à établir des priorités qui soient appropriées à leur condition. Dans le chapitre 3, nous avons vu que l'exercice physique est la principale priorité de l'immense majorité des gens qui cherchent à améliorer leur santé, et même de ceux qui font déjà suffisamment d'exercice. En un sens, il semble que les effets de l'exercice sur la santé aient été surévalués comparativement à d'autres comportements sains.

La troisième étape consiste à offrir aux gens les ressources leur permettant de modifier leurs comportements et de vaincre les obstacles qu'ils rencontrent dans leur recherche de la santé. Dans le chapitre 1, nous avons constaté que les Canadiens moins instruits ont moins tendance que les autres à croire aux vertus de certains aliments. Cela tient peut-être en partie au fait que ces gens n'ont pas les habiletés de lecture suffisantes leur permettant de bien lire les étiquettes sur les divers produits. Peut-être qu'un système d'étiquetage simplifié leur permettrait de faire des choix plus éclairés.

Enfin, la quatrième étape consiste à créer des conditions qui facilitent les choix. Ainsi, nous savons que l'utilisation de la ceinture de sécurité est beaucoup plus généralisée dans les endroits où il existe une législation sur le sujet. L'environnement social est également important. Par exemple, pour la plupart des éléments étudiés dans l'enquête, les comportements individuels sont directement liés à ceux de la famille et des amis. Dès lors, l'obtention d'un concensus social sur certaines questions – comme c'est le cas depuis quelques temps concernant l'alcool au volant – contribue énormément au changement des comportements des individus.

Ce processus axé sur le changement réel des comportements ne doit pas remplacer les approches traditionnelles en matière de promotion de la santé, mais les compléter. De plus, il montre les relations étroites qui existent entre chacun des défis en matière de promotion de la santé tels qu'ils sont définis dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Notre tâche, aujourd'hui, est d'accroître la prévention. Pour y parvenir, nous devrons réussir à réduire les inégalités et favoriser l'autonomie des gens. L'importance du présent rapport est qu'il montre de quelles façons ces trois défis sont intimement liés. ■

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

Action santé : forme physique, alimentation et sécurité

Publ. aussi en anglais sous le titre : The active health report on fitness, nutrition and safety.
Titre additionnel sur la page titre : Le rapport action santé, nos conceptions et nos actions.
ISBN 0-662-95355-X
N° de cat MAS H39-144/1989F

1. Attitudes à l'égard de la santé – Canada – Évaluation. 2. Habitudes sanitaires – Canada – Évaluation. 3. Condition physique – Canada. 4. Régimes alimentaires – Canada. 5. Sécurité routière – Canada I. Canada. Santé et Bien-être social Canada. II. Titre : Le rapport action santé, nos conceptions et nos actions.

RA407.5.C32A2214 1989b 614.4'271 C89-097075-0